

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na UBS Dr. José Matheus Arnaldo dos Santos, Cruzeiro  
do Sul/ ACRE**

**Jendry Morales Machado**

**Pelotas, 2015**

**Jendry Morales Machado**

**Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes mellitus na UBS Dr. José Matheus Arnaldo dos Santos, Cruzeiro  
do Sul/ ACRE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Lenise Menezes Seerig

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

M149m Machado, Jendry Morales

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Dr. José Matheus Arnaldo dos Santos, Cruzeiro do Sul/Acre / Jendry Morales Machado; Lenise Menezes Seerig, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

91 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Seerig, Lenise Menezes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Dedicatória**

*Dedico o meu TCC a todos aqueles que fizeram do meu sonho realidade, me proporcionando forças e ajudaram incondicionalmente. Obrigado por tudo família, amigos, professores e colegas de trabalho com os quais aprendi e aprendo cada dia para me superar como pessoa e profissional. Dedico também, com amor, aos usuários do SUS que tem me dado a satisfação de ter sido seu médico e juntos avançarmos pelo caminho da saúde digna e de qualidade que o povo brasileiro merece.*

## **Agradecimentos**

*Meus sinceros agradecimentos a todos que de alguma forma doaram um pouco de si para que a realização deste projeto se tornasse possível.*

*A Deus por ter me dado saúde e força para alcançar as conquistas propostas.*

*A minha família que é o maior que tenho na vida.*

*Aos meu pais pela oportunidade de me formar como profissional e a este maravilhoso país pela acolhida e por ter me permitido formar parte deste curso de especialização.*

*Dedico especial agradecimento a Lenise, orientadora dedicada, que com sabedoria, paciência e incentivo soube dirigir-me os passos e os pensamentos para o alcance dos nossos objetivos.*

## Resumo

MACHADO, JendryMorales. **Melhoria da atenção à saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos da Unidade de Saúde da Família José Matheus Arnaldo dos Santos, Cruzeiro do Sul/ Acre.** 2015. 97folhas. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Especialização em Saúde de Família – Modalidade a Distância, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus representam um grande desafio à Saúde Pública. Estima-se que um em cada três adultos (maior ou igual a 25 anos) tenha hipertensão arterial e um em cada dez adultos tenha Diabetes Mellitus. O objetivo geral deste trabalho foi melhorar a qualidade da atenção ao hipertenso e diabético na Unidade Dr. José Matheus Arnaldo dos Santos. Com base nas recomendações do Ministério da Saúde, toda a equipe da unidade foi envolvida em um projeto de intervenção na área específica, com duração de 12 semanas. Neste tempo a equipe focou em objetivos específicos (ampliar cobertura, melhorar a adesão, a qualidade do atendimento, a qualidade dos registros, mapear hipertensos e diabéticos de risco e promoção de saúde), buscando alcançá-los através de metas e ações pré-estabelecidas, nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação profissional. Os resultados foram várias mudanças na rotina do serviço com a efetivação do Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético da Unidade de Saúde (HIPERDIA) tais como: adoção de ficha-espelho, monitoramento das ações, vinculação da odontologia, padronização do atendimento, ampliação de exames complementares, priorização do cuidado de acordo classificação de risco cardiovascular, aprimoramento do acolhimento, busca aos faltosos, facilitações ao acesso, sistematização das orientações quanto à alimentação saudável, prática de atividade física e riscos do tabagismo. A maioria das metas foi alcançada. Houve um aumento de cobertura do programa de atenção dos hipertensos. Dos 144 estimados, 121 foram avaliados gerando uma cobertura de 84%. Dos diabéticos 23 foram acompanhados pelo programa de um total de 24 estimados, resultando em 95,8% de cobertura. Apesar das limitações, a intervenção promoveu uma melhora substancial na qualidade de atendimento ao hipertenso e diabético. A maioria das ações previstas já foi incorporada à rotina da unidade e a equipe do NASF foi inserida nas atividades programadas nutrindo o projeto de intervenção.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, doença crônica.

## Lista de Figuras

Figura 1	Cronograma	46
Figura 2	Cobertura de hipertensos cadastrados	54
Figura 3	Cobertura de diabéticos cadastrados	55
Figura 4	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia	56
Figura 5	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia.	57
Figura 6	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.	58
Figura 7	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.	59
Figura 8	Proporção de hipertensos com avaliação da odontologia durante a intervenção.	59
Figura 9	Proporção de diabéticos com avaliação da odontologia durante a intervenção.	60
Figura 10	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa durante a intervenção.	61

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
DM	Diabete Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Programa de atenção ao hipertenso e diabético
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
PA	Pressão Arterial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TGG	Teste de tolerância à glicose
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas



## Sumário

Apresentação	8
1	Análise Situacional 9
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....9
1.2	Relatório da Análise Situacional.....10
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....17
2	Análise Estratégica 19
2.3.4	Cronograma .....43
3	Relatório da Intervenção 45
3.2	Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente: .....47
3.3	Análises da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra: .....48
	Resultados.....49
	Discussão .....62
	Relatório ao Gestor .....65
	Relatório à comunidade .....68
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem 72
	Referências 74
	ANEXOS 75
	ANEXO D Ficha de acompanhamento doHIPERDIA – MS .....78
	APÊNDICE E FICHA ESPELHO (VERSO 1 ) detalhes AVALIAÇÃO .....82
	APÊNDICE H – FICHA ESPELHO UFPEL .....85
	APÊNDICE L - Ficha de Busca aos Faltosos.....88
	APÊNDICE B – FICHA ESPELHO ( FRENTE ) – detalhes ( DADOS PESSOAIS ) .....89

### Apresentação

O objetivo geral deste trabalho de conclusão de curso foi melhorar a qualidade da atenção ao hipertenso e/ou diabético na Unidade de Saúde Dr. José Matheus Arnaldo dos Santos, do bairro Miritizal no município de Cruzeiro do Sul, estado Acre.

O volume está constituído de seis seções, iniciando-se pela análise situacional, com a apresentação do município, a descrição da unidade e uma análise de sua situação em relação à atenção à saúde.

Na segunda parte, segue a descrição da análise estratégica com a apresentação dos objetivos, metas, metodologia, ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório da intervenção na terceira parte discorre sobre as ações que foram ou não realizadas segundo o projeto, as dificuldades encontradas para realizá-las e teve ainda uma avaliação da possibilidade de incorporação das ações previstas à rotina da unidade.

A quarta parte é uma apresentação da intervenção, com a análise e a discussão de seus resultados, incluindo gráficos, juntamente com o relatório da intervenção para a comunidade e gestores.

Uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem é desenvolvido na quinta parte.

Por fim, a última parte apresenta a bibliografia, anexos e apêndices que deram suporte a este trabalho.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Situação da ESF em meu serviço:

Trabalho em Unidade Básica de Saúde, localizada em um município no interior do Acre, chamado Cruzeiro do Sul. O município tem cerca de 78.000 habitantes, segundo o IBGE (2010). Fica situada em um bairro periférico, a beira de do Rio Juruá. Atendemos 1779 pessoas divididas em quatro micro áreas e duas equipes compostas por dois médicos, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A unidade foi reformada recentemente e tem, portanto uma estrutura muito boa, com salas amplas e ventiladas, também as outras equipes que trabalham conosco na UBS foram deslocadas para as novas unidades construídas no próprio bairro.

O posto possui uma recepção, dois consultórios médicos, duas salas de enfermagem, uma sala de vacina, uma sala de triagem, uma sala de curativos e cinco banheiros, uma cozinha e uma sala de endemias para realização de exames de malária.

O serviço é organizado com demanda agendada, mas dispõe de fichas para demanda espontânea. Durante o atendimento se realiza visita domiciliar que são pré-agendadas pelos ACS e enfermeira. No momento da visita, após avaliação do paciente, se observado que este necessita de uma conduta mais invasiva, contamos também com a Equipe do Melhor em Casa do Município.

A unidade dispõe de redes de atendimentos, quando nós não conseguimos resolver no posto de saúde, encaminhamos para o serviço especializado, como Hospital Geral ou Hospital Maternidade ou ainda uma Unidade de referência para doenças endêmicas.

Com relação a medicamentos, a UBS tem um estoque básico que é dado pelo município, quando o remédio prescrito não tem no posto existe a farmácia popular que também é do município e o valor dos medicamentos é mais baixo.

Ao chegar à unidade encontrei um ambiente muito profissional, com boas condições de trabalho, profissionais que se dedicavam a ajudar as pessoas. O

paciente é bem acolhido e dispomos de uma equipe multiprofissional, como fonoaudiólogo, nutricionista, dentista, fisioterapeuta, psicólogo dentre outros que tornam o serviço oferecido à comunidade de muita eficiência. Fui muito bem acolhido e me sinto a vontade para desenvolver meu trabalho.

Por ser uma área extensa, se realiza atendimento em escolas, igrejas e creches a população que reside mais afastada do posto ou que tem dificuldade de chegar até ele, fazendo com que essas famílias de baixa posição socioeconômica, tenham um atendimento mais individualizado e digno. Também realizamos palestras nas escolas para crianças e adolescentes falando sobre diversos temas como: parasitoses intestinais, alimentação saudável, gravidez na adolescência, DST e métodos contraceptivos.

A unidade tem uma parceria bem importante com as escolas da comunidade que nos ajudam a melhorar os problemas de saúde da população.

O pré-natal é bem assistido e têm auxílio do ginecologista que vem a unidade a cada 15 dias. Após o nascimento os recém-nascidos têm o atendimento da pediatra da unidade que vem normalmente uma vez ao mês.

A relação da equipe com a comunidade é muito boa, pois se tem grupos de gestantes, Hipertensão, adolescentes entre outros. Uma vez ao ano a unidade realiza feira de saúde para mulheres com diversos tipos de atendimento, desde testes rápidos até tratamento estéticos. A comunidade é bem participativa. Percebo que os pacientes gostam do atendimento que levamos a eles, pois os mesmos relatam. Além do respeito mútuo, os conscientizamos, já que em muitas ocasiões além de doenças físicas, existem problemas como espirituais, mentais e outros, que precisam ser escutados e aconselhados.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O Município de Cruzeiro do Sul, localizado no interior do estado do Acre, é a segunda maior e mais populosa cidade do estado, superada apenas pela capital Rio Branco, do qual se distancia 648 quilômetros, sendo também um dos mais importantes pólos turísticos e econômicos do Acre. Além disso, Cruzeiro do Sul é

cercada de construções e monumentos que simbolizam e guardam a história e a grandeza do seu povo. Possui 78.507 habitantes, segundo censo do IBGE de 2010.

Quanto à organização da atenção à saúde conta com 14 unidades de saúde localizadas na zona urbana e 13 na zona rural. O número de equipes de estratégia de saúde da família (ESF) é de 36 (25 equipes de saúde na zona urbana e 11 na zona rural), sendo destas apenas uma mista e 35 de estratégia de saúde da família. As equipes contam com o apoio de seis Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que atendem todo o município. O município tem um hospital geral e uma maternidade que atendem todos os outros municípios vizinhos, além de um hospital que atende doenças tropicais prevalentes na região. Para exames complementares dispõe de dois laboratórios. Não conta com Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

A Unidade de saúde Dr. José Matheus Arnaldo dos Santos, conhecida como UBS Miritizal foi construída em meados do ano de 1998 para suprir as necessidades de saúde da comunidade adjacente e também daquelas localizadas distantes e que buscavam atendimento em outras unidades ou hospitais, onde o acesso era dificultado, devido à via que era fluvial. Fica em um bairro periférico, à beira do Rio Juruá, na zona urbana da cidade. Somos responsáveis por atender aproximadamente 1779 pessoas divididas em quatro micro áreas, além de levar atendimento à população fora de área, que vem de ramais e rios (ribeirinhos). Possui computadores conectados à internet nas salas dos médicos e enfermagem e demais membros da equipe, o que nos ajuda a realizar pesquisas, acessar manuais, todavia os prontuários dos pacientes ainda não estão sendo disponibilizados online, o que segundo a Secretaria Municipal de Saúde, acontecerá ainda este ano, pelo sistema chamado Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

O Sistema com PEC é complexo, pois busca estruturar o registro do conjunto de informações que apoiam a organização e troca de informação entre os profissionais das equipes de Atenção Básica. É importante destacar que este é um sistema com prontuário eletrônico, ou seja, não se limita a ser apenas o registro no prontuário eletrônico e amplia o conjunto de ferramentas e funcionalidades para atender a todas as diretrizes de um sistema de informação para a Atenção Básica.

A unidade possui uma equipe de saúde cadastrada, trabalhando com um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, uma recepcionista, um auxiliar de limpeza, quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O quadro de profissionais é composto de 01 cirurgião dentista e uma auxiliar de saúde bucal, além dos demais já citados acima. Temos também o auxílio do NASF que atualmente tem uma nutricionista, um ginecologista e obstetra, um fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, uma psicóloga, um psiquiatra, um pediatra, um educador físico. Como a demanda é muito grande foram construídas duas UBS próximas para melhorar a assistência aos usuários. A população de 5.132 pessoas foi dividida entre as duas equipes, em duas respectivas unidades. Aguardando a inauguração de mais uma unidade que já está construída. A população a ser atendida pela unidade em que trabalho é de 1.779 pessoas.

Na unidade em que trabalho falta alguns medicamentos importantes e kit para pequenos curativos ou cirurgias. Isto atrapalha e acaba prejudicando a resolutividade da atenção primária, já que poderíamos resolver mais de 80 % das problemáticas na unidade. Referenciar um paciente ao hospital por causa de um desbridamento é algo incômodo.

Os espaços da UBS são adequados aos trabalhadores e usuários. Possui climatização, boa iluminação, boa visualização e placas de identificação dos serviços existentes e sinalização dos fluxos, além de espaços adequados para as pessoas com deficiência. Os materiais de revestimentos das paredes, tetos e pisos são todos laváveis e de superfície lisa. Os banheiros são separados por sexo, e temos dois para usuários e dois para os funcionários e ainda um para deficientes. Temos uma sala de vacina bem equipada e uma sala de medicamentos que também é climatizada. A coleta de lixo contaminado é realizada uma vez por semana pela secretaria municipal de saúde através da coordenação de vigilância sanitária.

A unidade não possui sala de administração e dos ACSs, nem tampouco auditório ou sala de reuniões. Esse problema na estrutura dificulta o andamento do serviço, pois quando se pensa em fazer reuniões com os grupos de adolescentes ou de idosos, por exemplo, não se tem local. Outro ponto negativo, mas de fácil resolutividade, diz respeito ao acesso desnecessário de usuários aos ambientes do

posto, pois aqui todos circulam livremente, e apenas após a triagem é que são selecionadas e identificadas possíveis doenças de transmissão e infecção.

O acolhimento é realizado diariamente e alguns profissionais como as recepcionistas foram capacitados em curso de atendimento à população. O atendimento aos pacientes é de acordo com a doença em questão, por exemplo, pacientes idosos, hipertensos descompensados, grávidas, pacientes com febre ou dor intensa, recém-nascidos, são atendidos com prioridade. Os pacientes fora de área de abrangência como os ribeirinhos, também são considerados prioridade, devido à dificuldade de acesso, por residirem muito distantes do posto. A Unidade está aberta das 07 da manhã até às 19 horas da tarde, sendo que a equipe médica atende das 7 as 11 e das 13 às 15 horas.

A maioria dos profissionais da UBS (médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde) participa do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, e identificam grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase, etc.), além da identificação de grupos expostos a riscos. Os agentes de saúde são bem ativos e participam com o enfermeiro e com os médicos dos principais problemas de sua comunidade, que também realizam atividades de grupo na UBS e além do cuidado domiciliar. Esta equipe é multidisciplinar.

A unidade possui 42 crianças menores de um ano, todos são residentes em uma comunidade ribeirinha, de baixo nível social e econômico, com 85% de cobertura (36 crianças). Destas, basicamente todas realizam o teste do pezinho até os sete dias de vida. Na secretaria municipal existe um servidor responsável em agendar as consultas de puericultura e teste do pezinho na unidade, orientando as puérperas e reforçando o que já é orientado na unidade de saúde, isto facilita os retornos à unidade de saúde.

Apesar de serem orientadas durante as consultas, as mães, ainda têm dificuldade em assimilar e colocar em prática o que é repassado durante as atividades, isso se reflete, por exemplo, nas consultas de retorno à puericultura. Os pais por perceberem que seus filhos estão bem, preferem não realizar a consulta, em relação a isso também percebi que temos como deficiência o atraso em realizar

essas consultas em tempo hábil, apenas 64% das crianças são atendidas até o sétimo dia de vida.

De modo geral, as ações destinadas à puericultura ainda tem sua deficiência, devido à falta de profissionais suficientes para realizar este serviço, e também para dar acompanhamento a essas crianças. De nada adianta saber que está com baixo peso, se não existe estrutura social e financeira para resolver a problemática. A unidade segue o manual de puericultura do Ministério da Saúde, e o protocolo do município, onde se estabeleceu a rede de atenção à saúde infantil. A falta de profissional se reflete também quando se trata da triagem auditiva, nenhuma criança realiza este procedimento, porque o município não tem profissionais que o façam. Não temos disponíveis dados das crianças de um a seis anos, as quais somente são atendidas em demanda espontânea.

Em relação à atenção ao pré-natal as ações de saúde desenvolvidas na unidade com as gestantes são ativas. Os prontuários são bem completos e há um livro de registro de todas as consultas com alguns dados da gestação. No prontuário todos os profissionais que atendem essa grávida têm acesso, fazendo com que se consiga entender o que está sendo realizado nas diversas ações.

Temos 39 gestantes cadastradas e atendemos cerca de 10 grávidas fora de área de abrangência. Destas 92,3% (36) das grávidas estão com as consultas em dia, garantindo esta taxa de cobertura. Destas 89,7% (35) participam de grupo de gestantes. Nossa dificuldade ainda consiste em captar as mulheres no primeiro trimestre, bem como realizar todos os exames em tempo hábil, já que os laboratórios estão sempre lotados e o custo dos exames particulares é muito alto. Outra problemática é em relação a vacina antitetânica, a maioria das gestantes não conhece sua situação vacinal e isso implica em dúvidas e em possíveis atrasos neste imunobiológico.

Quanto às consultas puerperais, alcançamos um número um pouco inferior com relação às consultas de pré-natais. Como já falado, muitas gestantes residem em área distante da unidade, após o parto estas vão para casa e só retornam após a busca ativa ou final do puerpério. Porém, a secretaria municipal de saúde promove na maternidade um agendamento que ajuda a gestante a saber a data que esta



deve retornar a unidade para consulta puerperal. Na consulta ela é orientada quanto a amamentação, cuidados com recém-nascidos, contracepção, data da vacina e já saem com a consulta de puericultura e clínico agendadas, já que estamos sem pediatra.

Portanto, após análise dos indicadores e dos materiais disponíveis na unidade, percebi que, o pré - natal na UBS que trabalho é feito com qualidade, pois os profissionais se preocupam em seguir o que é estabelecido pelo manual do pré-natal de baixo risco do MS. As gestantes além de terem suas consultas agendadas como estabelecidas com enfermagem, também passam pelo obstetra e clínico, além de dentista e outros profissionais quando encaminhadas.

O câncer de colo de útero e de mama são doenças de muita relevância social, de alta complexidade e alto índice de incidência de mortalidade entre a população feminina, principalmente quando se refere à região norte do Brasil, em especial o Acre que segundo estudos, ocupa o primeiro lugar no índice de mortalidade e incidência.

Na Unidade Dr. José Matheus Arnaldo dos Santos, temos uma população de aproximadamente 367mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, número que está de acordo com os indicadores no caderno de ações programáticas. Deste total de mulheres 308 (83,9%), estão com o preventivo em dia e 58(15,8%), estão com a mamografia em dia. O atraso se deve a poucos equipamentos para realização do exame na rede pública.

Por morarem em uma região com dificuldade de acesso, e por possuírem baixo nível de escolaridade a equipe faz busca ativa, campanha para que ocorra uma maior aderência dessas mulheres à realização do Preventivo do Câncer de Colo de útero. O preventivo é obrigatório anualmente, principalmente para mulheres que são cadastradas em programas do governo como bolsa família. O número de amostras insatisfatórias é muito baixo, existem apenas dois registros e poucos preventivos com alteração nos três últimos anos. Quando ocorre alteração no exame, essas mulheres são comunicadas e encaminhadas ao serviço ambulatorial da maternidade. Na maioria dos casos são convidadas a repetir o exame e caso seja

positivo são encaminhadas para o serviço especializado, na capital do Estado chamado Centro de Controle de Oncologia-CECON.

Em relação à atenção aos diabéticos e hipertensos, segundo a secretaria de saúde e os registros do posto estima-se na área de nossa UBS a existência de 144 hipertensos e 24 diabéticos. Não temos dados fidedignos para estimar a cobertura, pois não há cadastro específico para esta população. As ações para esse público são constantes, pois são realizadas consultas duas vezes por semana destinada aos hipertensos e diabéticos, são acompanhados pela nutricionista e fisioterapeuta (aqueles que necessitam), e também são desenvolvidas atividade física duas vezes por semana. Seguimos o Manual de hipertensão e diabetes do MS, e temos dois grupos de Hiperdia na Unidade, que funciona muito bem. O público é orientado a estarem com exames em dia, e a cada seis meses são convidados a estarem retornando para nova avaliação. Como as consultas são pré-agendadas não há um atraso nas consultas, pois os ACS são orientados a estarem sempre observando a periodicidade das datas da realização das mesmas.

Durante as consultas são orientados quanto alimentação, prática da atividade física, e convidados a estarem participando do grupo da unidade. A consulta é feita de forma integral, com uma abordagem clínica, social e ambiental deste paciente. É realizado um exame físico completo, em busca de fatores de risco e apresentação de complicações. Todos os pacientes cadastrados no Hiperdia têm uma ficha de controle, onde são anotados os antecedentes e dados de exames, peso, dentre outros, trabalho que teve início com os médicos que já trabalhavam na unidade, que buscaram qualificar o trabalho para esse público.

O atendimento aos idosos na nossa unidade foca intensamente na preservação da funcionalidade e de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida.

Temos 163 idosos com 60 anos ou mais residentes na área de abrangência. Este número está de acordo com o estimado no caderno de ações programáticas. Todos os idosos receberam caderneta destinada aos idosos, porém poucos ainda têm (56,9%). Com a idade não sabem onde deixam e esquecem de trazer nas consultas e nas atividades realizadas na UBS. Assim como no Hiperdia, os idosos

são orientados a ir até a unidade para avaliação de risco de morbi-mortalidade pelo menos duas vezes ao ano. Temos constatado durante a intervenção que a grande maioria dos usuários envolvidos (58,9%) foi de maiores de 60 anos.

Os idosos de nossa unidade são acompanhados por uma equipe multiprofissional, que realiza orientações e atendimento ambulatorial de acordo com as necessidades do indivíduo. Além disso, duas vezes na semana são desenvolvidas atividades em escolas e na Unidade de saúde para o grupo do Hipertensão e idosos. As atividades são desenvolvidas em conjunto, dificilmente ocorre um desmembramento dos grupos. Durante a maioria das atividades que são realizadas com um educador físico, a fisioterapeuta acompanha e avalia se há idosos com algum tipo de deficiência e dificuldade física ou motora.

A saúde bucal de nossa unidade ainda tem suas deficiências, infelizmente não conseguimos atender os idosos, gestantes e crianças como é preconizado. O atendimento odontológico ainda é realizado de forma tradicional, com poucas consultas agendadas e sem participação ativa da equipe de saúde bucal nos diversos espaços da UBS. Também não há ações coletivas.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Realizar o preenchimento dos Cadernos de Ações Programáticas foi possível, pois a unidade tem registros em prontuário, livros e outros meios que facilitaram a realização das atividades propostas. Possui também grupos de gestantes, hipertensos e diabéticos, idosos e adolescentes que são acompanhados por uma equipe multidisciplinar que realiza o trabalho com muita eficiência.

Durante todo o processo de realização das atividades confesso que não foi fácil, mas devo dizer que a equipe que trabalho foi muito receptiva e ajudou em todos os aspectos para que as atividades fossem realizadas. Percebi algumas mudanças de comportamento e até mesmo no que se refere a insumos. Infelizmente nesses dois últimos meses estou trabalhando sozinho como médico, aguardando que outro profissional seja lotado, isto está gerando uma sobrecarga muito grande,

pois como já foi dito, somos responsáveis por quase 6 mil pessoas, que todos os dias procuram o serviço, com dengue, malária e outras doenças prevalentes da região. No demais acredito que os desafios existem para serem superados e essa especialização está enriquecendo a minha vida profissional como também melhorando a vida das pessoas pelas quais sou responsável atrás do meu aprendizado.

Um ponto bastante positivo da equipe é a união, normalmente todos trabalham em conjunto, ajudando uns aos outros, mesmo assim acredito que deve melhorar a questão do atendimento odontológico que ainda deixa muito a desejar e também a quantidade de medicamentos que ainda é baixa, mas isto não depende da unidade e sim dos gestores.

Após analisar o relatório observei diversas mudanças, principalmente no que tange à organização da UBS. De modo geral observei que o relatório anterior estava pobre de informações e que o relatório final, está bem estruturado, de fácil compreensão e com resoluções para as problemáticas da unidade.

## 2 Análise Estratégica

### 2.1 JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas não transmissíveis têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da atenção básica à saúde, devido a modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida que levam estas doenças a condições epidêmicas na população brasileira (BRASIL, 2013). Entre elas estão a hipertensão arterial (HAS) e a diabetes (DM) que são duas das patologias que mais contribuem para a mortalidade por DCNT, tanto direta como indiretamente, por constituírem risco para outras doenças como infarto cardíaco, doenças cérebro vasculares, insuficiência renal e tromboembolismo. Além disso, podem deixar sequelas físicas, motoras e psicológicas.

No Brasil, o DM junto com a HAS é a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise (BRASIL, 2006). Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2013).

A atenção básica à saúde deve estar preparada para ações de prevenção, baseadas em orientações que visem tanto a mudança do estilo de vida, como práticas de atividade física e alimentação saudável, tanto para o diagnóstico precoce através da realização de exames de rotina para essas duas patologias.

A Unidade de saúde Dr. José Matheus Arnaldo dos Santos, também chamada de Unidade de Saúde Miritizal, responsável por atender uma população de 1779 pessoas sendo que destas 144 são hipertensos e 24 diabéticos divididos em quatro micro áreas.

A unidade possui uma equipe de saúde cadastrada, trabalhando com um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, uma recepcionista, um auxiliar de limpeza, quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O quadro de profissionais é composto de 01 cirurgião dentista e uma auxiliar de saúde bucal, além dos demais já citados acima.

Temos ainda o auxílio do NASF que atualmente têm um nutricionista, um ginecologista e obstetra, um fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, uma psicóloga, um psiquiatra, um pediatra e um educador físico.

A equipe de saúde já realiza algumas atividades para este grupo. A intenção em intervir é aprimorar as ações a serem desenvolvidas, pois as mesmas têm suas limitações, pois não dispomos de sala para que se possa reunir os idosos, a quadra de esportes não é coberta e nessa região chove bastante, o piso é escorregadio. Então, é preferível realizar as atividades educativas numa área ao lado do posto, na grama. As reuniões educativas acontecem na recepção.

Apesar da estrutura da Unidade não ajudar muito, estamos empenhados, equipe de saúde e NASF para levar saúde aos hipertensos e diabéticos de nossa área adstrita. O número de usuários no dia da consulta de hipertensão será reduzido com a intenção de aumentar a atenção, já que exige repetições, orientações, exames clínicos. Em virtude disso, há a necessidade da elaboração de ações educativas mais efetivas, voltadas para esse público, com o intuito de fazê-los compreender os riscos, complicações e incapacidades que estas doenças causam. O importante é que todos compreendam que essas patologias são crônicas e que uma vez diagnosticadas o tratamento e cuidados com a saúde são para toda a vida.

Toda a equipe de enfermagem juntamente com os agentes de saúde estarão envolvidas neste processo. Pretende-se, com este projeto, melhorar a qualidade de vida deste grupo populacional e de suas famílias, contribuindo para a melhoria dos serviços de saúde prestados a esta comunidade.

### **OBJETIVOS :**

#### **1-OBJETIVO GERAL**

- 1.1- Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e ou diabéticos da unidade de saúde da família José Matheus Arnaldo dos Santos Cruzeiro do Sul-Acre.

#### **2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 2.1-Ampliar a cobertura a hipertensos e ou diabéticos.

2.2-Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e ou diabéticos.

2.3-Melhorar a adesão de hipertensos e ou diabéticos ao programa.

2.4-Melhorar o registro das informações.

2.5-Mapear hipertensos e ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.

2.6-Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

### **METAS:**

#### **Objetivo 1:**

Ampliar a cobertura de hipertensos e ou diabéticos.

1-Cadastrar 65 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde José Matheus Arnaldo dos Santos.

2- Cadastrar 65 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde José Matheus Arnaldo dos Santos.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e ou diabéticos.

1- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

3- Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

4- Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

5- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

7- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

8- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e ou diabéticos ao programa.

1- Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

2- Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

1- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.

1- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

1- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

2- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

3- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

4- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

5- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

6- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

7- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

8- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.



## **METODOLOGIA**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido em 16 semanas, com participação da equipe de saúde da UBS Dr. José Matheus Arnaldo dos Santos, também chamada de Unidade de Saúde Miritizal, no município de Cruzeiro do Sul-Acre. Porém por questões relacionadas ao curso e também devidas o fato de nossas férias passou para 12 semanas. As populações alvas serão os hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS.

### **Detalhamento das ações**

#### **HIPERTENSÃO E DIABETES:**

**Objetivo 1-** Ampliar a cobertura a hipertensos e ou diabéticos.

**Meta:-** Cadastrar 65 %dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde Dr. José Matheus Arnaldo dos Santos.

**Ações:**

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:**

1-Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na unidade de saúde:

Detalhamento: Para isso devemos criar uma comissão composta por membros da equipe (médico, enfermeiro e ACS) que monitore e avalie mensalmente o trabalho da equipe, principalmente dos ACS, em cada área de abrangência específica, na busca de novos casos que possam aparecer na área.

#### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:**

1-Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa:

Detalhamento:

Será feita pelos ACS, diariamente, mediante as visitas domiciliares. A recepcionista ajudará, organizando os prontuários. As ACS serão capacitadas pelo médico e orientadas de como fazer esta busca.

**2-Melhorar o acolhimento dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes:**

Detalhamento: As consultas de atendimento aos pacientes hipertensos e diabéticos serão feitas todos os dias, em todos os turnos, com prioridade a estes usuários, evitando esperas prolongadas na fila. Serão capacitados pelo médico os técnicos de enfermagem para melhorarem nos aspectos da triagem e fazer uma abordagem mais integral dos pacientes.

**3-Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e para a realização do hemoglicoteste da unidade de saúde:**

**Detalhamento:**

Para que esta ação seja feita temos que ter esfigmomanômetro, estetoscópios e material para fazer o teste da glicose. Estes materiais tem que ser garantidos pela secretaria de saúde do município. O coordenador do posto será o responsável pela solicitação destes materiais e irá garantir que cheguem na UBS.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**1-** Informar a comunidade sobre a existência do Programa da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde:

Detalhamento: É de vital importância o diálogo direto com a população da área e com os líderes comunitários, para que conheçam sobre a importância deste programa realizado na unidade. Este trabalho de divulgação será feito por todos os integrantes da equipe de saúde, assim como por outros funcionários da UBS. O mural informativo da recepção mostrará esta temática. O médico será responsável pela organização da ação.

**2-** Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente:

Detalhamento: Desta forma podemos fazer captação precoce da doença e evitamos possíveis complicações assim como danos em órgãos alvos. Será realizada por todos os membros da equipe, na UBS e nas visitas domiciliares.

**3-**Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre todas as pessoas que tenham antecedentes familiares da doença.

Detalhamento: O pessoal da triagem médica e enfermagem terá o material para fazer o teste da glicose.

**4-**Orientar a comunidade sobre os fatores de risco sobre o desenvolvimento de hipertensão e diabetes:

Será feito mediante as palestras realizadas na UBS, uma vez ao mês, por todos os membros da equipe.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:**

**1-**Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda a área de abrangência da unidade de saúde:

Será feito em todas as reuniões da equipe, dando orientações sobre a importância deste cadastramento para assim ter o controle de todos os usuários, para iniciar o tratamento para evitar complicações.

**2-**Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação de pressão arterial e a realização do hemoglicoteste em adultos: do mesmo modo que o item anterior podem ser feitas capacitações nas reuniões de equipe para explicar a maneira correta da verificação da pressão arterial e os passos para o teste de glicemia.

**Objetivo: 2.** Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos.

**Meta: 2.1.** Realizar o exame clínico adequado em 100 % dos hipertensos e diabéticos de acordo com o protocolo:

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:**

-Monitorar a realização de exame clínico apropriado aos pacientes hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Para alcançar esta meta o trabalho começa por um bom acolhimento, a triagem detalhada e específica para cada usuário. Na consulta

médica será feita abordagem integral, de acordo com o nível sócio cultural, econômico, co-morbidade e fatores de riscos individuais.

-Monitorar a realização de exame clínico apropriado aos pacientes hipertensos e diabéticos:

Detalhamento: Para isso é necessário criar uma comissão que monitore e avalie mensalmente o desempenho do programa, com a revisão dos prontuários, onde devem ser preenchidos, todos os dados em cada consulta, os exames feitos com seus resultados.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:**

-Garantir a solicitação dos exames complementares.

-Detalhamento: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Isso será feito pelo médico da equipe, nas reuniões com os gestores.

**Meta: 2.2.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:**

-Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos:

Detalhamento: esta ação é a de maior dificuldade em nossa UBS, já que não temos serviço odontológico, temos que agendar o oferecimento deste serviço na unidade mais perto da nossa área, pois é muito importante que estes pacientes tenham avaliação odontológica feita pelo menos uma vez ao ano.

-Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde:

Detalhamento: a mesma comissão pode fazer este trabalho revisando cada um dos prontuários dos pacientes com estas doenças crônicas,

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:**

-Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento:Será realizada nas reuniões de equipe, sob responsabilidade do médico.

-Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais:

Detalhamento: uma vez ao mês planejar uma reunião para atualizar aos profissionais da equipe de saúde na unidade.

-Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde:

Detalhamento: para cumprir com esta ação é necessário ter uma impressora na unidade, então temos que procurar ajuda na secretaria de saúde.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO:**

-Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e a diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente:

Detalhamento: Serão oferecidas palestras, encontros com grupos dos pacientes e seus familiares, onde se debaterão estes temas e sua importância, mensalmente, ou dia a dia oferecendo informação à população por murais de cartazes informativos. As atividades do grupo serão feitas por integrantes da equipe (médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem) com apoio da equipe do NASF.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

-Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:Todas estas ações podem ser realizadas uma vez ao mês, em reuniões da equipe, auxiliados por profissionais treinados em cada uma destas atividades (médicos, ginecologistas, enfermeiros, técnicos de laboratório, dentistas).

Serão feitos para todos os pacientes o exame bucal e ou encaminhamento para atendimento odontológico, já que na própria unidade não temos este atendimento.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1:** - Buscar 100 % dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

-Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos:

Detalhamento: Serão realizadas visitas domiciliares uma vez por semana, na busca dos hipertensos e diabéticos faltosos, pelos médicos, com o apoio os ACS, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

-Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo:

Detalhamento: Serão avaliados pela comissão mediante a revisão dos prontuários, onde devem estar preenchidas todas as ocorrências das consultas.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

-Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas:

Detalhamento: Será realizada por qualquer membro da equipe de saúde, semanalmente em palestras, atividades do grupo, ou dia a dia, através de murais e cartazes informativos. O responsável pela supervisão desta ação será o médico.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

-Capacitar os ACS para orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade:

Detalhamento: Assessorar e orientar os ACS nas reuniões da equipe sobre a importância deste atendimento, pois eles são as pessoas mais próximas da população, interagindo com eles diariamente, em suas casas.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1:-** Manter ficha de acompanhamento de 100 % dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:**

-Manter as informações do SIAB atualizadas:

Detalhamento: É de obrigatório cumprimento pelos profissionais que fazem o atendimento destes pacientes, preencher todas as informações requeridas no prontuário e a ficha, com letra clara e legível, todas as ocorrências da consulta, para assim facilitar sua revisão por outros profissionais.

-Implantar a ficha de acompanhamento:

Detalhamento: Colocar em um arquivo específico todas as fichas de acompanhamento, organizadas por áreas e ordem alfabética, em um lugar seguro e de fácil acesso para o pessoal autorizado a revisar estes documentos. Esta ação será feita pelo gestor e a recepcionista da UBS.

-Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: o responsável tem que ser a recepcionista da unidade, já que é ela quem tem acesso direto a estes arquivos, também com a supervisão direta da enfermeira e o médico da equipe.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:**

-Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde:

Detalhamento: Serão avaliados pela comissão mediante a revisão das fichas e prontuários, onde devem estar preenchidos todos os procedimentos ocorridos nas consultas.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO:**

-Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde.

Detalhamento: Serão fornecidas informações durante as consultas clínicas e em palestras na UBS.

#### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:**

-Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Será feito nas reuniões da equipe, pelos enfermeiros da equipe.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100 % dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade.

#### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:**

-Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Esta ação é de obrigatório cumprimento, de acordo com o protocolo. Todos os usuários serão classificados e avaliados pelo médico da equipe e serão encaminhadas para outras especialidades, caso seja necessário.

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:**

-Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano:

A cada mês, as fichas destes usuários serão revisadas para ter controle daqueles que apresentem maior risco cardiovascular, e os possíveis encaminhamentos para consultas de alto risco. Esta ação será feita pelo médico da equipe.

#### **ENGAJAMENTO PÚBLICO:**

-Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular.



-Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis: esta ação será feita mediante palestras, a serem realizadas pelos diferentes membros da equipe, sob supervisão do médico.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:**

-Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvos: Será realizado nas reuniões semanais da equipe, pelos enfermeiros da equipe ou outros profissionais com maior experiência neste tipo de atendimento, conforme protocolo do MS.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Metas: 6.1** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

A equipe de saúde trabalhará na realização de ações coletivas a esta população alvo.Serão abordadas com profundidade as temáticas relacionadas com alimentação saudável, rica em frutas e vegetais, com redução de sal, gorduras trans e carboidratos.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:**

-Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.  
-Envolver nutricionista nestas atividades. Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:**

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO:**

- Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

- Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Meta: 6.2.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:**

- Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:-** Orientar os hipertensos e ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Meta: 6.3.** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100 % dos hipertensos e diabéticos.

Toda sexta-feira serão feitas atividades com o profissional de educação física no espaço criado ao lado da UBS. Os usuários também receberão orientações individuais para a realização de atividades físicas.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:**

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividades físicas e envolver educadores físicos nestas atividades.

- Estas ações serão feitas mediante a organização de palestras, conversas dinâmicas de grupo e com o apoio do educador físico da área e a nutricionista.

- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100 % dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Nas palestras educativas se abordará a importância dos cuidados bucais. A técnica dental vai ser convidada a realizar algumas palestras para explicar a correta técnica de escovação dos dentes, assim como corretas ações de saúde bucal.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:**

- Organizar práticas coletivas para orientação quanto a saúde bucal dos hipertensos e diabéticos da área, sendo o responsável pela atividade o dentista da unidade.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO:**

- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, a realização de atividade física regular e o risco de tabagismo e a importância da higiene odontológica. Pode ser feito por qualquer membro da equipe de saúde, semanalmente em palestras, atividades do grupo, ou dia a dia, através de murais e cartazes informativos.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:**

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, promoção da prática de atividade física regular, o tratamento de pacientes

tabagistas e orientação de higiene bucal: Serão feitas nas reuniões da equipe, por médico, enfermeiros e outros membros da equipe do NASF.

**INDICADORES:**

**Objetivo 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.**

**METAS: 1.1.** Cadastrar 65 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**INDICADORES: 1.1.** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**META 1.2.** Cadastrar 65% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**INDICADOR 1.2.** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.**

**META 2.1.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**INDICADOR 2.1.** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**META 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**INDICADOR 2.2.** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**META 2.3.** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**INDICADOR 2.3.** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**META 2.4.** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**INDICADOR 2.4.** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**META 2.5.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**INDICADOR 2.5.** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

**META 2.6.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**INDICADOR 2.6.** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**METAS 2.7.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**INDICADOR 2.7.** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**META 2.8.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**INDICADOR 2.8.** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.**

**META 3.1.** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**INDICADOR 3.1.** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**META 3.2.** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**INDICADOR 3.2.** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

#### **Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.**

**META 4.1.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**INDICADOR 4.1.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**META 4.2.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**INDICADOR 4.2** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.**

**META 5.1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**INDICADOR 5.1** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**META 5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**INDICADOR 5.2.** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

**META 6.1.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**INDICADOR 6.1.** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**META 6.2.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**INDICADOR 6.2.** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.



Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**META 6.3.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

**INDICADOR 6.3.** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**META 6.4.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

**INDICADOR 6.4.** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**META 6.5.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

**INDICADOR 6.5.** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**META 6.6.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

**INDICADOR 6.6.** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**META 6.7.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

**INDICADOR 6.7.** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**META 6.8.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

**INDICADOR 6.8.** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **3.3- Logística:**

Este projeto de intervenção que será realizado na UBSDr. José Matheus Arnaldo terá foco na ação programática direcionada aos hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Utilizará como protocolo Caderno de Atenção Básica: hipertensos e diabéticos, Ministério da Saúde, 2013, disponível na UBS. O projeto terá duração de quatro meses, com previsão de início em fevereiro de 2015.

O trabalho vai iniciar com a capacitação do pessoal envolvido na intervenção direcionada à saúde dos Hipertensos e Diabéticos. Estes temas serão tratados inicialmente nas reuniões semanais da equipe e posteriormente será determinado o dia do mês para uma abordagem mais específica das questões clínicas tendo como base o Caderno de Atenção Básica: hipertensos e diabéticos, Ministério da Saúde, 2013, que está disponível na UBS dois exemplares, ficando um na enfermagem e o outro com os médicos, mas se necessário a secretaria de saúde dispõe de outros exemplares, para que todos utilizem essa referência além de IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, e o manual do Ministério da Saúde: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. As reuniões são realizadas na

UBS, na sala de espera, já que ainda não dispomos de um ambiente apropriado. A enfermeira da equipe será responsável pela abordagem inicial.

A busca ativa dos pacientes será realizada pelos ACS diariamente, assim como a orientação em saúde programada no projeto para a comunidade. Ao serem identificados serão cadastrados pela recepcionista no cadastro geral da unidade, e terão consultas agendadas pelo ACS ou por outro profissional da equipe, podendo ser realizada tanto na UBS, quanto através do telefone. O número de ACS é suficiente se levarmos em consideração a divisão de área ocorrida recentemente, o que facilita o trabalho de nossa equipe e melhora a qualidade do mesmo.

Na unidade temos os prontuários bem identificados com ficha anexa (preexistente) de HIPERDIA, mas estaremos ainda utilizando a ficha espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). As fichas-espelhos são xerocadas e ficarão disponíveis na UBS para o preenchimento das informações dos hipertensos e diabéticos durante o atendimento.

Com o perfil detalhado dos usuários grupo de HIPERDIA já conhecido, se iniciarão as atividades práticas de consulta médica agendada com reavaliações a cada três meses. Os usuários e seus acompanhantes receberão orientação de hábitos de vida saudáveis e serão encaminhados para a avaliação odontológica, cardiológica, endocrinológica entre outras. Quando necessário; os exames complementares serão indicados para determinação de danos em órgãos alvos ou comorbidades. Estes serão feitos no laboratório do município e laboratório do Hospital Regional Juruá.

Esta alta demanda de consultas exige uma dedicação de pelo menos dois dias da semana para estes pacientes, além de visitas domiciliares aos acamados e espaço na agenda para os demais atendimentos não agendados. Isto demanda uma boa gerência da agenda clínica, lembrando-se das atividades educativas semanais, reuniões com a equipe e com a comunidade, visando o respeito ao princípio da equidade a estes pacientes.

Mensalmente será realizado um levantamento dos atendimentos dos hipertensos e diabéticos nos registros, a fim de identificar os usuários faltosos para

que seja realizada a busca ativa. Esta busca ativa dos faltosos e novos casos serão feitas durante o turno de serviço pela equipe de saúde onde são protagonistas desta atividade os ACS, mediante tomada da medida da pressão arterial e para a realização do hemoglicoteste da unidade de saúde. Para que esta ação seja feita temos que ter esfigmomanômetro, estetoscópios e material para fazer o teste da glicose. Estes materiais tem que ser garantidos pela secretaria de saúde do município, e, já foram solicitados em quantidade maior, pois os que temos na UBS é insuficiente.

O usuário será informado da importância da adesão ao tratamento, explicando a gratuidade da medicação nas farmácias da UBS ou na farmácia popular. O receituário tem uma validade de até quatro meses e a técnica de farmácia tem que revisar o estoque de medicamentos existentes na unidade e fazer um pedido correto para garantir as necessidades destes pacientes com doenças crônicas.

A implementação de palestras semanais é fator essencial ao intuito de manter educação continuada à comunidade e à própria equipe de saúde atualizada, e será ferramenta imprescindível para garantir as ações de engajamento público. Serão realizadas pelo médico, enfermeira e ACS. As palestras podem ser conduzidas com a utilização de instrumentos clássicos e expositivos, como power point, banner e folder educativo ou de forma mais interativa, como uma roda de conversa com idosos do HIPERDIA. Já neste momento é interessante estimular a formação de grupos de apoio aos pacientes, não somente na UBS, mas em outros ambientes a depender da disponibilidade deles já que muitos moram longe da unidade.





## **2. Relatório da Intervenção**

### **Ações previstas**

Conforme proposto, buscando objetivos específicos e metas pré-estabelecidas, no intuito de melhorar a qualidade de atenção ao adulto hipertenso e/ou diabético e com base no protocolo do Ministério da Saúde( Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão e Diabetes, 2013), deu-se a intervenção.

Para alcançar este objetivo temos desenvolvido ações nos quatro eixos temáticos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento público e Qualificação da prática clínica, com atividades desenvolvidas na UBS Dr. José Matheus Arnaldo dos Santos.

### **3.1 Ações Previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente:**

Durante a implantação das ações tivemos reuniões com a equipe para qualificar a prática clínica. Houve capacitação da equipe para o acolhimento aos idosos e dos ACS, realizamos uma apresentação de slides explicando os objetivos e metas do nosso projeto. Também orientamos os ACS sobre o papel protagonista deles dentro da comunidade, que poderão, através de nossas atividades, conquistar a confiança dos pacientes que antes não compareciam às consultas, trazendo-os para a unidade.

Nessa reunião capacitamos todos sobre o preenchimento das cadernetas e fichas espelho, e revisamos o protocolo do atendimento dos hipertensos e diabéticos, de acordo com o CAB 2013, esclarecendo as dúvidas que foram surgindo. Também foi elaborado um plano de ações para cumprir as metas traçadas e, além disso, a equipe foi capacitada sobre a modificação do estilo de vida desse grupo (hipertensos e diabéticos), a importância dos fatores de riscos, a busca ativa na área de abrangência, a necessidade de estimular a comunidade a

participativamente das atividades planejadas. Orientamos também, sobre a importância do preenchimento das fichas espelhos e da entrega das cadernetas de saúde para conseguirmos o cadastramento adequado de pacientes, tendo êxito na realização dessas atribuições.

Foi reativado também o cadastro do HIPERDIA do Ministério da Saúde. Foi garantido o registro dos hipertensos cadastrados no Programa através de prontuário clínico. Os informes à comunidade têm sido repassados de forma individual por toda a equipe de saúde que foi capacitada para tal, seja na UBS ou em visitas domiciliares, sempre que oportuno. Para melhorar a adesão ao programa foi revisada a forma de agendamento procurando facilitar ainda mais o acesso. Dois turnos semanais foram dedicados exclusivamente ao HIPERDIA. O agendamento, além de presencial, passou a ser feito também por telefone. Permaneceu a garantia da consulta de retorno e flexibilizado o re-agendamento de faltosos. Mesmo assim houve momentos complicados para o agendamento.

Foi pactuada a busca aos faltosos preferencialmente via ACS através de visitas domiciliares. **Para melhorar a qualidade do atendimento** foram disponibilizadas cerca de 10 consultas/turno. A duração das consultas era em torno de 20 a 30 minutos/consulta. Em muitas ocasiões ultrapassavam os limites do turno. Ainda assim, o preenchimento final da ficha-espelho, o lançamento dos dados na planilha e o monitoramento eram realizados fora do expediente pelo médico.

O acesso aos medicamentos na UBS foi dificultado devido a irregularidade no fornecimento dos mesmos. A equipe foi capacitada e os pacientes foram orientados para recorrer à Farmácia Popular.

### **Ações desenvolvidas**

Uma das atividades desenvolvidas com ajuda da equipe foi a realização de palestras sobre a prevenção das complicações e modificação dos estilos de vida. As atividades além de terem sido realizadas no posto de saúde, também foram feitas na própria comunidade (escolas ou igrejas) com uma boa participação dos pacientes, permitindo explicar muitos aspectos relacionados com estas doenças e esclarecer as dúvidas apresentadas. Além das atividades educativas na unidade todos da equipe se empenharam em realizar atividade com os idosos nas áreas de difícil acesso.

Durante o atendimento clínico destes pacientes, nas consultas ou a nível domiciliar, foram desenvolvidas atividades direcionadas à promoção da saúde, com



orientação sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, importância do cumprimento do tratamento médico, o risco de tabagismo e alcoolismo e importância da avaliação odontológica, todas com o intuito de diminuir o risco de complicações e danos nos órgãos alvos destas doenças.

#### **Ações realizadas parcialmente e ou executadas com dificuldade**

A principal dificuldade encontrada, além do atraso provocado pelas chuvas e enchentes, foi a demora em fazer os exames complementares. O atendimento odontológico também foi fraco já que o dentista entrou de férias e não temos postos de saúde com atendimento odontológico próximo. A nutricionista da equipe do NASF tem nos apoiado e ajudado, assim como o fisioterapeuta na avaliação multidisciplinar do paciente. Devido a falta de profissionais na área de psicologia, não obtivemos a realização de consultas por este profissional. O mesmo acontece com o cardiologista, pois só temos dois lotados no hospital regional e fica difícil conseguir uma consulta agendada.

**Para promoção da saúde** foi pactuado com a odontologia a garantia de atenção ao HIPERDIA. Os pacientes de maior risco foram priorizados.

### **3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente:**

Diversas intercorrências e outros fatores foram responsáveis por dificultar o pleno êxito da intervenção. Se um dos objetivos era diminuir a médico-centralização, constatou-se um aumento da mesma. Apesar de pactuado, logo de início houve uma certa dificuldade e resistência no preenchimento da ficha-espelho e cadastramento por parte das técnicas e estagiárias em enfermagem, devido ao tempo dispendido para seu preenchimento.

Na chegada da semana 8 do projeto de intervenção, já tínhamos avançado muito em nosso cronograma. A equipe toda tem assumido a importância dessa tarefa e hoje contamos com todo o apoio deles. Cabe lembrar que devido às chuvas tivemos um atraso no nosso cronograma já que, com a enchente do rio o posto de saúde ficou alagado por alguns dias. Sendo assim, o deslocamento tanto dos pacientes para consultas, quanto o nosso para a realização das visitas domiciliares

em nossa área de abrangência, foi afetada implicando no cumprimento das atividades previstas no cronograma, e também apesar de ter havido capacitações sobre consultas de enfermagem e exame dos pés, não houve efetivação das consultas de enfermagem.

### **3.3 Análises da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra:**

Antes mesmo de começar a trabalhar na atenção básica e na UBS na qual trabalho, a unidade já tinha um trabalho com os pacientes com o grupo HIPERDIA, já que a médica da equipe na qual substitui fazia um excelente trabalho, tive a missão de dá continuidade. Algumas atividades planejadas não estavam funcionando, como as visitas aos faltosos. Tenho certeza que os trabalhos desenvolvidos com os hipertensos e diabéticos estão de acordo com o protocolo e com o planejamento. A ficha espelho é um mapa que facilita esse processo e já está incorporada ao serviço, bem como o monitoramento das ações.

Sabemos que temos muitos desafios pela frente, mas acredito que todos estão empenhados a tornar o nosso objetivo uma meta cumprida. A responsabilidade com esse grupo não é somente do clínico da UBS, mas de toda a equipe e todos procuram realizar um trabalho de qualidade.

Quanto a questão dos recursos necessários para realização das atividades, estão sendo viabilizado. A administração municipal está apoiando com todos os materiais solicitados.

Até agora a equipe tem se comprometido bastante, contribuindo para a conquista desta primeira etapa. O atendimento no posto é feito nas quarta feiras durante todo o dia com o mínimo de dezesseis prontuários agendados e quatro para demanda espontânea, mas quase sempre superam as vinte consultas em cada sessão. Durante as quintas-feiras, pela parte da manhã, realizamos as visitas domiciliares que têm sido realizadas até com recursos próprios para o deslocamento.

#### **4 Avaliação da intervenção**

Finalizada a Intervenção na ESF Dr. José Mateus Arnaldo dos Santos, no município de Cruzeiro do Sul, apresenta os resultados alcançados ao longo de três meses (março-maio de 2015) de realização do Projeto de Intervenção com foco em melhoria da atenção saúde do hipertenso e diabético.

##### **1- Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.**

META 1.1: Ampliar a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde para 65%.

INDICADOR: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

O cadastramento dos usuários no Programa de atenção aos hipertensos se deu de forma gradativa durante o período de intervenção. Ocorreu à medida que os usuários compareciam às consultas pré-agendados pelas ACS e também pela procura direta dos próprios usuários e familiares, graças à divulgação feita pela equipe de saúde.

A estimativa para a área de abrangência é de 144 hipertensos e 24 diabéticos.

Conforme esperado, a curva de cadastramento em gráfico foi ascendente. Em relação aos hipertensos foram cadastrados no primeiro mês 30 (20,8%) no segundo, 57 (39,6%) e no terceiro 121, chegando a uma cobertura de 84, 0%. (ver figura 1). É importante lembrar que não tivemos o quarto mês por questões do programa. É oportuno ressaltar que de 65% que tínhamos como meta nós superamos para atender 97,5% devido ao trabalho citado anteriormente.

Note que nem todos os pacientes hipertensos e/ou diabéticos atendidos na UBS durante o período de intervenção foram incluídos no Programa de atenção da UBS e na intervenção, já que a UBS está localizada em uma área ribeirinha temos a presença de usuários de outras áreas do próprio município, até de municípios vizinhos, os quais foram atendidos na unidade, mas não tinham critérios de inclusão para o projeto.

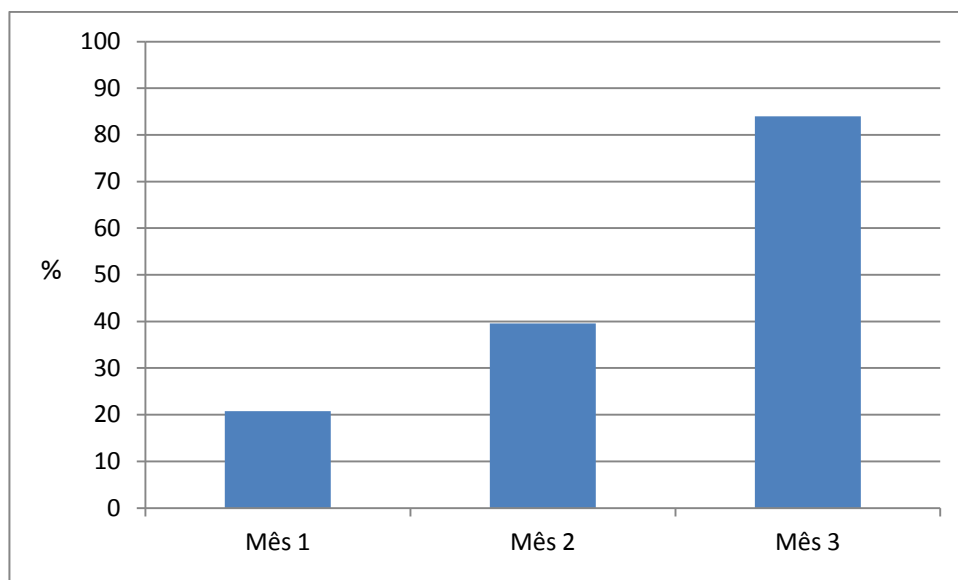


Figura 1 Cobertura de hipertensos cadastrados na UBS Dr. José Matheus Arnaldo dos Santos, Cruzeiro do Sul, Acre, 2015.

META 1.2. Cadastrar 65% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde. INDICADOR 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Foram cadastrados, ao final do terceiro mês 23 diabéticos de um total estimado de 24, o que representa 95,8%. No primeiro mês tivemos 3 (12,5%) cadastros, no segundo 10 (41,7%) e no terceiro 23 (95,8%) (ver figura 2).

Aqui aconteceu algo similar com os pacientes hipertensos, realizamos o acompanhamento dos diabéticos de outras áreas, mas não os incluímos em nosso projeto.

Da mesma forma que os hipertensos, o cadastramento dos usuários no Programa de atenção aos diabéticos se deu de forma gradativa durante o período de intervenção, à medida que os usuários compareciam às consultas na UBS pré-agendados pelas ACS e também pela procura direta dos próprios usuários e familiares, graças a divulgação feita pela equipe de saúde.

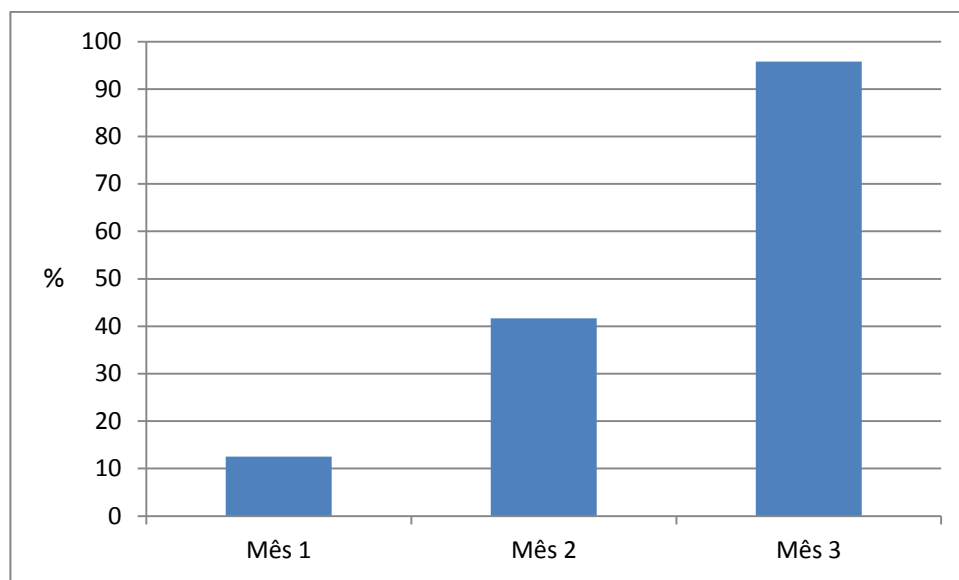


Figura 2 Cobertura de diabéticos cadastrados na UBSDr. José Matheus Arnaldo dos Santos, Cruzeiro do Sul, Acre.

## **2- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.**

META 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

INDICADOR: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Em relação aos hipertensos, o exame clínica dos 100 % dos cadastrados foi realizado nos três meses. Sempre se buscou a melhor qualidade dos exames, mas encontramos algumas dificuldades na hora de fazer os mesmos nas visitas domiciliares por não contar com as condições adequadas para alguns procedimentos. No final nos adequamos às condições existentes para alcançar esta meta.

No primeiro mês tivemos 30 usuários com exames clínicos em dia para 100%, 57 (100%) no segundo mês e 121 (100 %) ao final do terceiro mês.

META 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

INDICADOR: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Em relação aos diabéticos conseguimos os 100 % dos exames clínicos dos pacientes cadastrados, mas encontramos a mesma dificuldade durante a visita domiciliar que os hipertensos. O exame clínico durante a visita domiciliar foi feito pelo médico e a enfermeira, naqueles usuários que não podiam se deslocar até o posto.

Meta 4: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

INDICADOR 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Foram solicitados na consulta todos os exames complementares conforme o protocolo do MS.

O número de usuários com exames complementares ao dia foi crescendo à medida que fomos cadastrando, no entanto as proporções foram diminuindo. Este gráfico (figura 3) representa a realidade de nosso município quanto à dificuldade na realização dos exames, já que a rede pública oferece o serviço somente em um laboratório que fica muito distante da unidade e o agendamento é em um prazo de até dois meses. Além disso, estes usuários não têm a possibilidade de fazer os exames na rede privada. Esta mesma justificativa também envolve os diabéticos.

Os baixos resultados encontrados neste quesito devem-se também a não realização de dois exames (dentre os 12 exames previstos em protocolo) pela maioria dos pacientes: microalbuminúria e ECG.

No primeiro mês tivemos 25 usuários com exames complementares em dia para 83,3 %, 30 (52,6%) no segundo mês e 59 (48,8 %) ao final do terceiro mês.

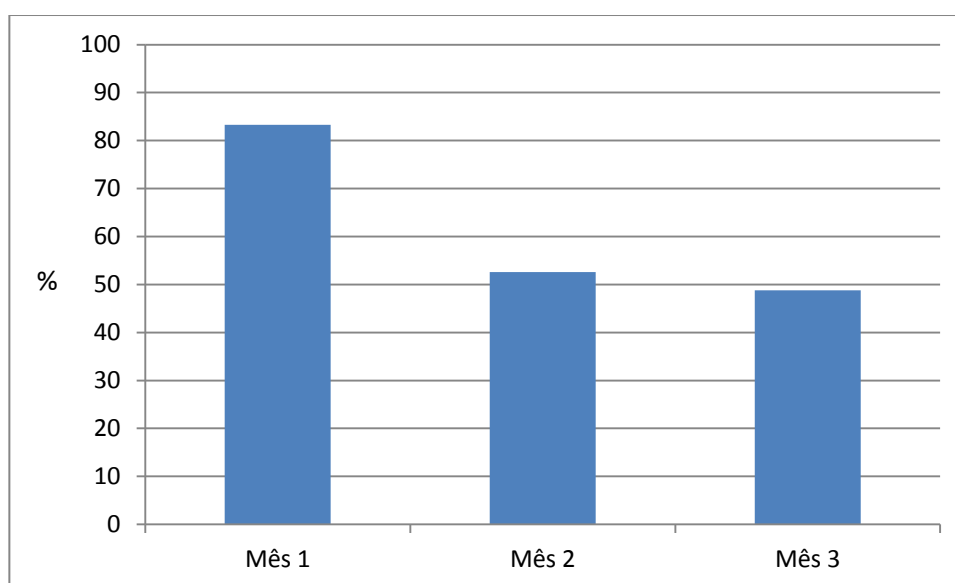


Figura 3: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia. UBSDr. José Matheus Arnaldo dos Santos, Cruzeiro do Sul, Acre

META 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

INDICADOR 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Os pacientes diabéticos não escaparam da situação igual a dos hipertensos, pois há pouca disponibilidade de laboratório. No primeiro mês tivemos 3(100 %), no segundo mês 5 (50 %) e 14 (60,9%) no terceiro mês(figura 4).

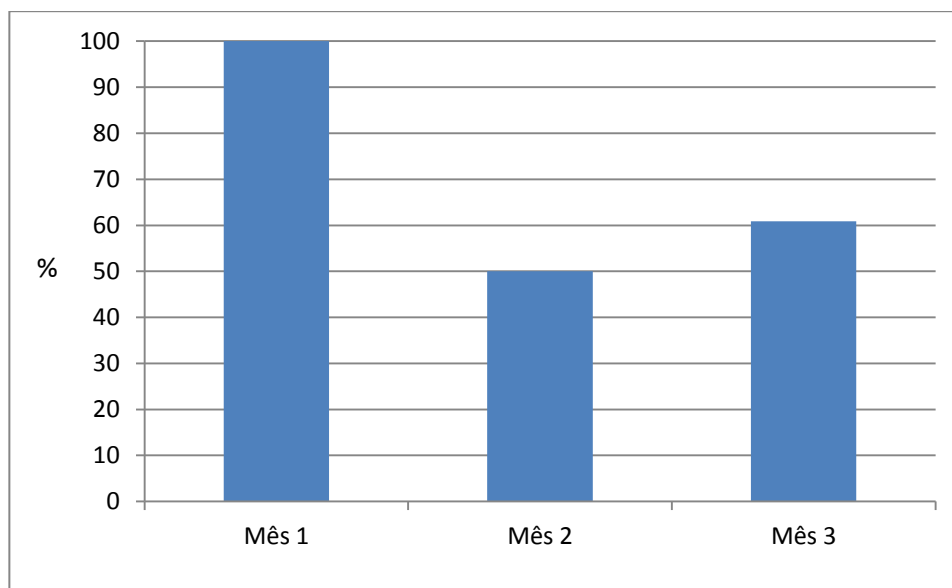


Figura 4: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia. UBS Dr. José Matheus Arnaldo dos Santos, Cruzeiro do Sul, Acre.

META 2.5: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

INDICADOR: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Em relação aos hipertensos, 120 usuários (99,17%) tiveram a totalidade da prescrição de anti-hipertensivos da farmácia popular e/ou da rede municipal, e só um se encontrava com tratamento não farmacológico. No primeiro mês 23(79,3%), no segundo 46 (82,1%), e no terceiro 99 (82,5%). Há um grupo reduzido de usuários com medicação prescrita por outros médicos, os quais estavam controlados com outros remédios (ver figura 5).

Em algumas situações tivemos a falta de alguns medicamentos na farmácia da unidade, mas estes poderiam ser encontrados na Farmácia Popular de forma gratuita.

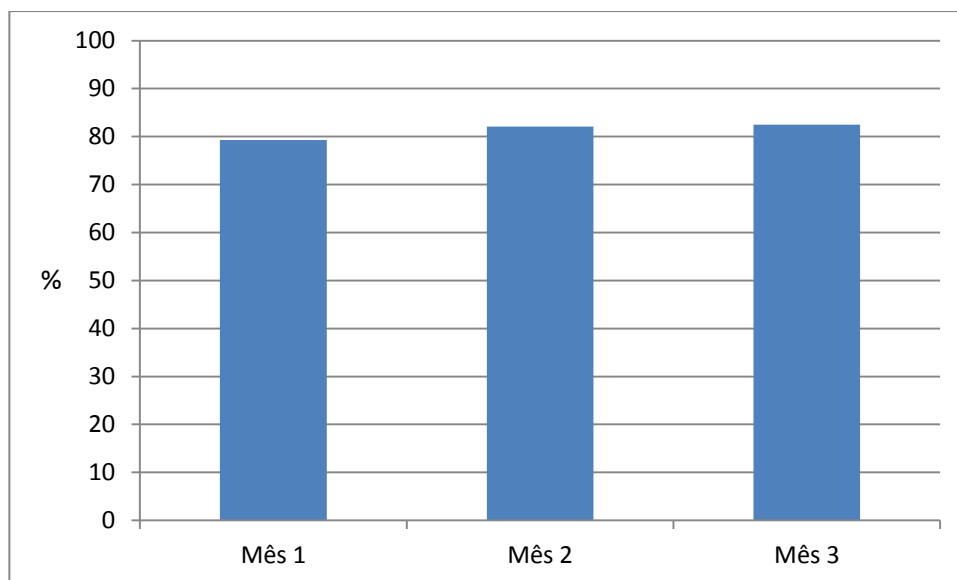


Figura 5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular. UBSDr. José Matheus Arnaldo dos Santos, Cruzeiro do Sul, Acre.

**META 2.6.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**INDICADOR2. 6.** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Em relação aos diabéticos, 21usuários (91,3%) tiveram a totalidade da prescrição dos hipoglicemiantes e/ou insulinas da rede municipal e/ou farmácia popular. No primeiro mês, 3 (100,0%), no segundo, 9 (90,0%) e no terceiro 21 (91,3%). Com meta estabelecida alcançada (ver figura 6).

Existe uma pequena quantidade (2) de usuários hipertensos e diabéticos que apresentam uma prescrição médica de longa data com remédios que não constam na Farmácia Popular e na rede pública, na medida das possibilidades conseguimos mudar para os fármacos genéricos encontrados gratuitamente.



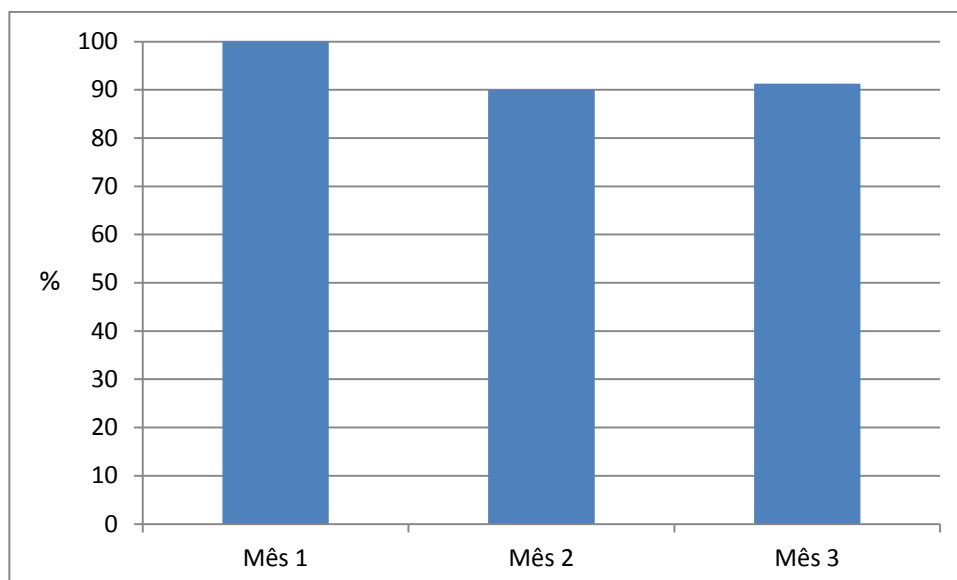


Figura 6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular. UBS Dr. José Matheus Arnaldo dos Santos, Cruzeiro do Sul, Acre.

**META 2.7:** Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos

**INDICADOR:** Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Em relação aos hipertensos, 07 usuários (23,3%) tiveram avaliação odontológica no primeiro mês, 11 (19,3%) no segundo, 21 (17,4%) no terceiro. Isso foi devido ao atendimento odontológico irregular na unidade, pois o dentista por diferentes motivos tem faltado durante o período da intervenção (férias e doenças) e o dia que o usuário chega à consulta e o profissional não está, muitas vezes o usuário não volta já que mora distante da unidade. Mesmo com esta dificuldade, sempre explicamos ao usuário a importância deste exame, no entanto, não foi possível atingir esta meta (ver figura 7).

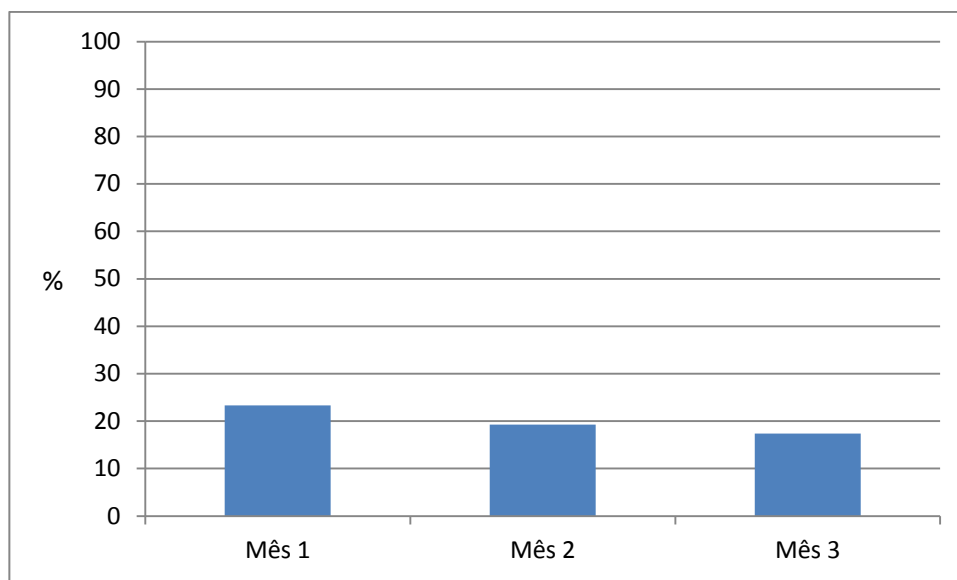


Figura 7: Proporção de hipertensos com avaliação da odontologia durante a intervenção. UBS Dr. José Matheus Arnaldo dos Santos, Cruzeiro do Sul, Acre.

**METAS 2.8.** Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

**INDICADOR 2.8.** Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Em relação aos diabéticos, 01 usuário (33,3%) teve avaliação odontológica no primeiro mês, 3 (30,0%) no segundo, 7 (30,4%) no terceiro mês (ver figura 8). Os motivos para a baixa proporção são os mesmos citados para os hipertensos.

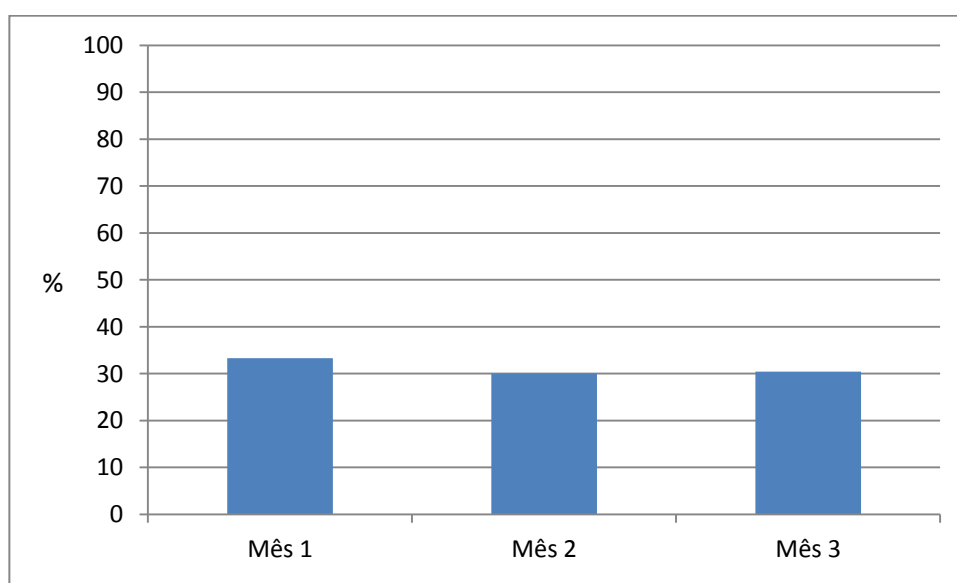


Figura 8: Proporção de Diabéticos com avaliação da odontologia durante a intervenção. UBS Dr. José Matheus Arnaldo dos Santos, Cruzeiro do Sul, Acre.

Como já vinha falando uma das principais dificuldades encontradas na UBS foi com relação ao atendimento odontológico. Apesar do comprometimento do dentista, o número tanto de hipertensos quanto de diabéticos nas consultas odontológicas foram inferiores ao esperado, pelas razões já explicadas anteriormente.

### **3 - Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.**

META 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

INDICADOR 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Com relação às faltas, felizmente poucas ocorreram, quase todos os usuários hipertensos e diabéticos compareceram às consultas. Acredito que isto se deva ao empenho da equipe, principalmente dos ACS que tiveram a missão de lembrar e marcar as consultas dos usuários agendados, nas visitas domiciliares e na UBS.

Em relação aos hipertensos não houve faltosos no primeiro mês, 100,0% compareceram a consulta. No segundo mês só tivemos uma falta, sendo feita busca ativa e no terceiro mês tivemos três faltosos aos quais realizamos busca ativa de 100% (figura 9).

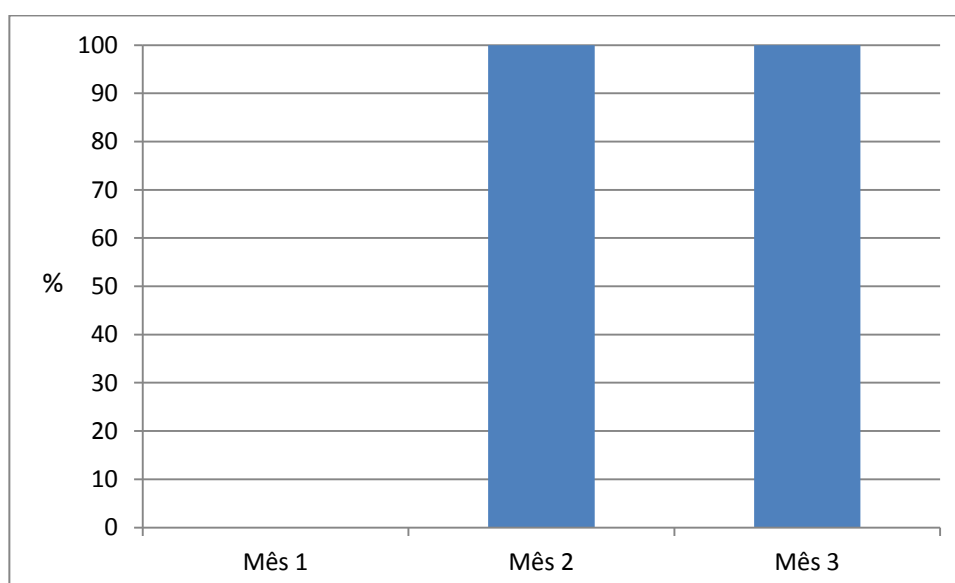


Figura 9: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa durante a intervenção. UBS Dr. José Matheus Arnaldo dos Santos, Cruzeiro do Sul, Acre.

META 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

INDICADOR3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Três usuários diabéticos foram agendados no primeiro mês, já que era necessário realizar exames do pé diabético e exame de estratificação de risco cardiovascular, sendo necessário um tempo especial para eles e nenhum faltou. Agendamos a maioria deles para o segundo e terceiro mês e 100,0% compareceram a consulta no segundo e terceiro mês. Afortunadamente não tivemos falta dos diabéticos à consulta durante a intervenção.

É digno ressaltar o trabalho dos ACS procurando os usuários e agendando as consultas no posto e também nas visitas domiciliares, onde foram atendidos àqueles que apresentavam problemas para se deslocar até o posto a fim de alcançarmos estes resultados.

#### **4 - Melhorar a qualidade dos registros das informações.**

META 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

INDICADOR: Proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Em relação aos hipertensos, 121 usuários (100%) tiveram seus registros adequados. No primeiro mês, 30 (100,0%), no segundo 57(100%), e no terceiro 121 (100%), a meta foi alcançada.

Em relação aos diabéticos, 3 usuários (100,0%) tiveram registros adequados no primeiro mês, 10 (100%) no segundo e 23 (100%) no terceiro.

Conseguimos estes resultados pela organização existente na unidade. Na chegada do usuário à recepção é procurado seu prontuário e a ficha de acompanhamento para que todas as anotações fiquem registradas de acordo com o protocolo.

## **5 - Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.**

META 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

INDICADOR: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Em relação aos hipertensos, 30usuários (100%) estavam com a classificação de risco cardiovascular em dia no primeiro mês, 57(100%) no segundo e 121(100%) no terceiro.

Em relação aos diabéticos, 3usuários (100%) estavam com a classificação de risco cardiovascular em dia, 10 (100%) no segundo, 23(100%) no terceiro, atingindo a meta estabelecida.

Cada usuário foi avaliado clinicamente na primeira consulta, onde foi realizado um exame físico na busca de comorbidades e possíveis danos em órgãos alvo, classificando o risco cardiovascular segundo exame clínico de acordo com a escala de risco Framingham. Para isso também foi preciso indicar exames complementares e reavaliar o paciente. Segundo o Score de Framingham são classificados os pacientes em baixo, médio e alto risco. O baixo risco tem 10% de chance de apresentar uma complicação em 10 anos, o médio risco tem de 10-20% e o alto risco tem 20% de probabilidade de apresentar um evento vascular, como por exemplo, insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico ou isquêmico. Os preditores utilizados são a idade, sexo, diabetes e hipertensão arterial tratada ou não; tabagismo e valores de Colesterol total e HDL, por isso sempre foi importante a reconsulta para avaliar estes parâmetros e classificar corretamente o usuário.

## **6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

META 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

INDICADOR 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Em relação aos hipertensos, 30 usuários (100,0%) haviam recebido orientação nutricional no primeiro mês, 57(100,0%) no segundo, 121 (100,0%) no terceiro, com resultados de acordo com a meta.

META 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

INDICADOR: 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Em relação aos diabéticos, 3usuários (100,0%) haviam recebido orientação nutricional no primeiro mês, 10 (100,0%) no segundo, 23 (100,0%) no terceiro, com resultados de acordo com ameta.

Este resultado se deu devido ao fato dos usuários serem abordados na consulta individual; às orientações recebidas em grupo tanto pela enfermeira da unidade como pela nutricionista da equipe do NASF e do médico, nas palestras oferecidas na UBS com uma frequência semanal no horário da manhã antes do atendimentos agendado a estes grupos.Cabe dizer que sempre tivemos uma boa participação por parte dos usuários.

META 6.3: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos.

INDICADOR 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Em relação aos hipertensos, 30 usuários (100,0%) haviam recebido orientação sobre a prática de atividade física no primeiro mês, 57(100,0%) no segundo, 121 (100,0%) no terceiro mês.

META 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

INDICADOR 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Em relação aos diabéticos3usuários (100,0%) haviam recebido orientação sobre a prática de atividade regular no primeiro mês, 10 (100,0%) no segundo e 23 (100,0%) no terceiro, com resultados de acordo com a meta.

O grupo de atividade física funcionou muito bem durante os três meses, com dois encontros semanais sendo aberto aos idosos e familiares. Como o grupo é bem grande, alguns também comparecem na sexta-feira. Sempre tivemos uma

participação média de 12 a 15 pacientes. A equipe multiprofissional do NASF é responsável pelos encontros.

META 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos

INDICADOR: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Em relação aos hipertensos, 30 usuários (100,0%) haviam recebido orientação sobre os riscos do tabagismo no primeiro mês, 57(100,0%) no segundo e 121 (100,0%) no terceiro mês, com a meta sendo de acordo com objetivo.

META 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

INDICADOR 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Em relação aos diabéticos, 3usuários (100,0%) haviam recebido orientação sobre tabagismo no primeiro mês, 10 (100,0%) no segundo, 23 (100,0%) no terceiro, com resultados de acordo com a meta.

Um grande problema dessa ação foi o alto número de pessoas fumantes encontradas. Isso se repercute também entre os usuários idosos, além dos hipertensos e diabéticos. Recentemente formamos um grupo de tabagismo na comunidade. A enfermeira da equipe é a responsável pelas atividades desenvolvidas. Além disso, durante a consulta os usuários foram orientados com relação ao risco do uso do cigarro.

META 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

INDICADOR 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Em relação aos hipertensos, 30 usuários (100,0%) haviam recebido orientação sobre higiene bucal no primeiro mês, 57(100,0%) no segundo, 121 (100,0%) no terceiro mês, com a meta sendo de acordo com objetivo.

META 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

INDICADOR 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Em relação aos diabéticos, 3usuários (100,0%) haviam recebido orientação sobre higiene bucal no primeiro mês, 10 (100,0%) no segundo, 23 (100,0%) no terceiro, com resultados de acordo com a meta.

Os hipertensos e diabéticos receberam orientações durante as consultas médicas e também nas palestras oferecidas na unidade, onde participou a auxiliar de saúde bucal. As palestras foram feitas nas quintas-feiras no horário da manhã.

## **DISCUSSÃO**

A intervenção na UBS Dr. José Matheus Arnaldo dos Santos, trouxe diversas contribuições na melhoria de qualidade de atenção ao paciente hipertenso e/ou diabético. Por meio desta houve um aumento na cobertura de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos; a continuidade do programa HIPERDIA-MS na UBS, a busca aos usuários faltosos; um maior rigor e sistematização do exame clínico e na realização de exames complementares, baseados no protocolo do MS, uma vinculação do serviço de odontologia com o HIPERDIA-UBS e por consequência, um aumento na taxa de avaliação anual de atenção odontológica, além de oferta sistematizada de orientações de promoção de saúde e garantia das medicações específicas na unidade de saúde.

A realização deste projeto envolveu um processo árduo e de muito aprendizado para toda a equipe, especialmente para o médico, que não tinha conhecimento de como funcionava o SUS do Brasil. Para a equipe exigiu uma maior capacitação dos membros fazendo com que cada um assumisse de vez seu papel protagonista nos palcos do SUS. As ações de capacitação promoveram o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e da recepcionista. Cada membro teve seu papel e se engajou nessa batalha.

Na recepção houve avanços na organização dos prontuários do HIPERDIA. Atualmente estamos passando pelo processo de informatização de todos os usuários, sendo realizados pelos ACS. Em breve seremos a primeira unidade de



saúde do município a ter todos os atendimentos computadorizados. E, como o novo assusta, ainda estamos tentando nos adaptar a essa realidade, mas sabemos que isto facilitará o serviço.

O médico já se habituou ao novo padrão de atendimento, com exame clínico apropriado, exame de pés, triagem e encaminhamento para o serviço de odontologia, solicitação dos exames complementares de acordo com o protocolo, encaminhamentos a especialidades quando necessário, além de sua contribuição no preenchimento da ficha espelho e do monitoramento, esse último também com a participação da coordenadora.

Antes da intervenção, as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas no médico. A intervenção reviu as atribuições da equipe, acabando por envolver outros membros, como recepcionista, enfermagem e ACS, assim como NASF e a equipe de saúde bucal, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. Foram reafirmadas conquistas importantes, tais como: acesso facilitado, agendamento presencial ou por telefone, garantia de consultas de retorno.

O monitoramento para este grupo tornou-se ativo e personalizado contribuindo imensamente no acompanhamento a longo prazo. A classificação de risco sistematizada reforça o princípio de equidade, norteia a frequência das consultas de retorno e o planejamento do cuidado.

A equipe de odontologia vem cumprindo com o pactuado, acolhendo os pacientes encaminhados pelo médico. Apesar da sobrecarga, a recepcionista tem procurado se adequar ao aumento do volume de serviço (organização de prontuários, agendamento de pacientes, identificação de faltosos). A busca ativa por telefone dos faltosos é realizada pela enfermeira, que remarca a consulta ou agenda uma visita domiciliar.

As ACS contribuem em campo com visitas domiciliares, orientações preventivas, cadastro de novos pacientes, busca ativa aos faltosos em domicílio, identificação de pacientes do HIPERDIA que requeiram visita domiciliar da enfermeira, médico ou dentista. Cabe ressaltar o impacto da intervenção na rotina do serviço, já que levamos atendimento médico e de enfermagem em todos os lugares da comunidade, humanizando ainda mais o serviço. Conhecendo de perto os principais problemas sociais de saúde de nossa área, nos tornamos profissionais mais sensibilizados com os problemas dos nossos usuários.

O impacto da intervenção é percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera ansiedade na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização, e demora da consulta, que normalmente entende logo que entram à consulta. Eles gostam e participam dos grupos, e já percebemos uma melhora muito grande no que se refere ao uso correto da medicação e o retorno devido às crises hipertensivas.

A intervenção já está incorporada a rotina do serviço. Para isto, estamos ampliando o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Vamos manter as consultas por meio dos agendamentos pelos ACS, telefone e familiares. Se tivéssemos iniciado a intervenção buscaria apoio mais rapidamente dos profissionais da secretaria de saúde e de minha equipe. Acredito que fiz um bom trabalho com relação aos usuários. Também anotaria todos os acontecimentos, porque falhei nesse sentido.

As capacitações continuam, sob a coordenação do médico, dentista ou equipe de enfermagem. Enfim, houve um avanço substancial na qualidade de serviço ofertado aos hipertensos e diabéticos, devendo ser exemplo para os demais programas.

## **Relatório ao Gestor**

Caros gestores:

Queremos primeiramente agradecer pelo acolhimento neste grandioso país, e trazer neste relatório a gratidão por toda ajuda oferecida. Vocês já têm conhecimento que nos encontrávamos realizando um projeto para melhorar a qualidade do atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos da unidade de saúde Dr. José Matheus Arnaldo dos Santos, do bairro Miritizal.

Nossa área de abrangência atende uma população carente, de baixo nível sócio econômico, com taxas de morbidades características destes grupos populacionais, pelo qual temos uma grande dívida com eles; e qualquer trabalho feito com amor para melhorar o atendimento e qualidade de vida vai ser pouco além de ser bem recebido por todos.

Baseado nas recomendações do Ministério da Saúde, a nossa equipe se uniu em torno de uma série de propósitos e na medida do possível fizemos algumas melhorias em nossos serviços, tais como:

Demos continuidade ao Programa de Atenção ao Hipertenso e/ou Diabético que já tinha funcionado na Unidade de Saúde Dr. José Matheus Arnaldo dos Santos há 2 anos atrás. Todo paciente da área de abrangência da nossa unidade, à medida que comparece às consultas, é cadastrado neste Programa e passa a receber um atendimento padronizado. Tivemos 121 pacientes hipertensos e 23 diabéticos que foram cadastrados durante as 12 semanas de intervenção de um total de 144 hipertensos e 24 diabéticos existentes na área de abrangência para uma cobertura de 80% e 95,8% respectivamente. Ampliamos a cobertura de atendimento de hipertensos e diabéticos. Foram implementadas importantes ações para melhorar o acesso ao atendimento médico:

- A marcação de consultas foi facilitada ao máximo podendo o agendamento ser feito até mesmo por telefone colocado na unidade recentemente.
- A consulta de retorno é garantida.
- Os medicamentos escolhidos para o tratamento são sempre que possível os ofertados pela prefeitura ou pela Farmácia Popular

(82,5% dos hipertensos e 91,3% dos diabéticos estão com a totalidade da prescrição com medicamentos da rede).

- Dois turnos por semana são dedicados exclusivamente ao atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos através de agendamento, além do atendimento diário por demanda livre. Também realizamos atendimentos em áreas distantes do posto, levando até os usuários um atendimento de qualidade lá onde eles moram.

Foram indicados os exames segundo protocolo e com a periodicidade definida. A grande maioria dos usuários usou a rede pública para fazer estes, só que durante alguns períodos tivemos falta de reativos no laboratório, mas foi transitório o que não atrapalhou os objetivos propostos. Houve melhora na qualidade dos registros. Os dados referentes à avaliação clínica, exames complementares e tratamento estão sendo registrados regularmente em prontuário clínico, ficha-espelho e cartão do hipertenso. Temos constatado durante a intervenção que a grande maioria dos usuários envolvidos (58,9%) foi de maiores de 60 anos, também que dos 23 pacientes diabéticos 20 também foram hipertensos, o que corrobora a inter-relação destas doenças e sua incidência nos idosos o que deixa o caminho aberto para futuras intervenções neste grupo etário.

Durante cada consulta é realizada a classificação quanto ao risco cardiovascular. Essa medida contribuiu com o planejamento do cuidado individual. Constatamos que quase a metade dos nossos pacientes (52,1%) está na categoria de alto risco cardiovascular e que 48,7% dos pacientes já apresentam alguma lesão em órgão-alvo, justificando uma maior necessidade de atenção por parte da equipe e seguimento médico minucioso. Em relação ao serviço de odontologia logramos que um de cada dois hipertensos foi avaliado e que um de cada três diabéticos receberam este tipo de atendimento tão importante nesta doença, mas não atendemos maiores números de consultas nestes grupos já que o dentista tem que oferecer o atendimento a uma área grande carente, com uma alta demanda pelo serviço, mas todos os pacientes foram orientados em relação a uma adequada higiene bucal durante as consultas médicas. Todos os pacientes estão recebendo orientações individuais quanto à alimentação saudável, atividade física regular e

riscos do tabagismo. Os pacientes estão sendo encaminhados regularmente para a avaliação anual da oftalmologia.

Foi importante a capacitação feita para todos os membros da equipe antes do início da intervenção, o que sem dúvidas melhorou o acolhimento para os pacientes envolvidos no projeto, mas também para a população em geral.

A alta demanda de atendimento por nós estarmos numa área ribeirinha onde confluem por via fluvial moradores de outras comunidades à procura de atendimento médico dificultou a intervenção, principalmente por sobrecarga da equipe e também as chuvas com enchente do rio e consequente alagação da unidade atrapalhou neste sentido e atrasou um pouco o projeto.

Tendo em conta que trabalhamos numa comunidade carente economicamente é com orgulho que constatamos então que a grande maioria dos pacientes inscritos no Programa encontra-se em acompanhamento e em tratamento regulares, utilizando medicamentos da rede municipal e/ou Farmácia Popular.

Queremos agradecer a gestão por todo apoio oferecido porque sem eles não teríamos alcançado os nossos objetivos e metas. Sem dúvida esta intervenção contribui para aumentar a qualidade de vida da nossa comunidade e melhora indicadores do SUS. Queremos dar continuidade a este projeto para manter os resultados alcançados assim como programar outros similares em idosos, grávidas ou adolescentes.

## **Relatório à comunidade**

Prezados usuários:

Queremos primeiramente agradecer pelo acolhimento neste grandioso país, lembrando que a razão de um profissional da Medicina são seus pacientes e que a melhoria da qualidade da saúde de vocês é o melhor medidor do resultado do nosso trabalho.

Grande parte de vocês já devem ter percebido ou foram informados a respeito de uma série de mudanças que vêm acontecendo recentemente em nossa unidade de saúde, mais especificamente a um conjunto de ações que tem sido desenvolvida nos últimos meses, ações as quais respondem ao nome do Projeto de Intervenção, o mesmo abordou a população hipertensa e diabética da nossa comunidade.

O objetivo da intervenção era e é melhorar a qualidade de vida dos usuários hipertensos e diabéticos que são atendidos na unidade de saúde Dr. José Matheus Arnaldo dos Santos, do Município Cruzeiro do Sul, Estado do Acre. Todo o pessoal da equipe de saúde da UBS foi capacitado para oferecer uma atenção de excelência desde o acolhimento do paciente até o destino final de consultas e reavaliações médicas.

Temos que lembrar que entre as principais causas de morte no Brasil encontram-se doenças cardiovasculares como doença cardíaca isquêmica e acidentes vasculares cerebrais e que os principais fatores de risco destas são a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus. Pode-se dizer que de cada três adultos um tem hipertensão e de cada dez adultos um tem diabetes, e que os perigos de desenvolver complicações por estas doenças aumentam com a idade, o sedentarismo, a alimentação não saudável, o consumo do álcool e cigarro, o não cumprimento das orientações médicas, entre outros hábitos de vida não saudáveis.

Se não tratadas essas doenças podem “atacar” nosso organismo elevar a sérias complicações como insuficiência renal, “derrame cerebral”, “enfarte do coração”, cegueira, perda de sensibilidade, feridas em pés ou Pé Diabético e danos circulatórios, sobretudo nos membros inferiores.

Portanto, são várias as razões que justificam uma especial atenção ao grupo dos hipertensos e diabéticos.

Baseados nas recomendações do Ministério da Saúde, a nossa equipe se uniu em torno de uma série de propósitos e na medida do possível fizemos algumas melhorias em nossos serviços, como:

Dando continuidade ao Programa de Atenção ao Hipertenso e/ou Diabético da Secretaria de Saúde do Município e do Ministério da Saúde, e colocamos em funcionamento o mesmo em nossa unidade de saúde. Todo usuário da área de abrangência da nossa unidade, à medida que comparece às consultas, é cadastrado neste programa e passa a receber um atendimento padronizado, ou seja, a equipe observa ao longo do seu acompanhamento se está recebendo a atenção de acordo com o recomendado. Durante a intervenção foram cadastrados 121 hipertensos e 23 diabéticos. Também as visitas domiciliares foram dirigidas à busca daqueles pacientes faltosos, idosos, com dificuldade motora ou acamada para levar até eles o atendimento qualificado. Aumentamos a cobertura da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos, ou seja, um maior número de usuários deste grupo passou a ser acompanhado por nossa equipe. Para facilitar o acesso ao tratamento mantivemos algumas medidas que julgamos importantes: A marcação de consultas foi facilitada ao máximo podendo o agendamento ser feito até mesmo por telefone colocado na unidade antes do início da intervenção ou pelo agendamento marcado pelos agentes comunitários.

A consulta de retorno é garantida.

Os medicamentos escolhidos para o tratamento são sempre que possíveis os ofertados pela farmácia da unidade ou pela Farmácia Popular, buscando sempre aquelas alternativas de tratamento gratuitas ou de menor custo. Dois turnos por semana são dedicados exclusivamente ao atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos através de agendamento. O usuário também pode procurar a unidade de saúde, sem agendamento prévio, sempre que houver necessidade e ele sempre vai ser atendido. Os usuários que faltarem às consultas estão sendo contatados pelos agentes comunitários de saúde ou por telefone para sabermos qual o motivo da falta e remarcação de outra avaliação.

A realização de exames complementares (de sangue, urina, eletrocardiograma e ultrassom nos casos necessários) está garantida pela rede pública para o rastreamento de doenças associadas e/ou complicações. Estes devem ser realizados periodicamente de acordo as indicações médicas. Os dados

referentes à avaliação clínica, exames complementares e tratamento estão sendo registrados regularmente. Lembramos aos usuários do direito de acessarem seus registros, sempre que julgarem necessário.

Em cada consulta é realizado o cálculo do Índice de Massa Corpórea e a classificação quanto ao risco cardiovascular. Essa medida contribui para que nossa equipe possa planejar o cuidado individual de cada paciente e prevenir eventuais complicações dos nossos pacientes. O serviço de odontologia foi vinculado ao Programa. O agendamento para a avaliação anual com este serviço agora é garantida.

Contamos com equipe de NASF para realização de atividades educativas e de exercícios físicos com o professor de educação física. Todos os pacientes estão recebendo orientações individuais quanto à alimentação saudável, atividade física regular e riscos do tabagismo. Os pacientes estão sendo encaminhados regularmente para a avaliação anual da oftalmologia e outras especialidades dependendo das necessidades.

Durante a intervenção tivemos também a oportunidade de buscar outras informações sobre nossos usuários. Pela primeira vez foi possível traçar um perfil das características deste grupo. Baseados em evidências, constatamos que mais da metade do número dos usuários são maiores de 60 anos.

De cada três usuários em acompanhamento, dois são do sexo feminino. Isso não quer dizer que a hipertensão ou a diabetes seja mais comum em mulheres, mas sim pelo fato de que essas cuidam melhor de sua saúde e comparecem mais às consultas do que os homens. De cada três usuários hipertensos um também é diabético e pode-se dizer que quase todo diabético inscrito no Programa também é hipertenso, demonstrando que de certa maneira estas duas doenças “caminham juntas”.

Mais da metade dos usuários é de alto risco cardiovascular e por isso demandam uma maior atenção por parte da equipe. De cada três usuários um já tem o organismo “atacado” pela hipertensão e/ou diabetes, mais frequentemente apresentando lesões no coração ou rins.

De cada quatro usuários, três estão acima do peso normal. Lembramos que o sobrepeso e a obesidade exercem influência negativa sobre a hipertensão e a diabetes. De cada quatro usuários, três apresentam algum tipo de lesão em pés. Lembramos aqui da necessidade de especial atenção em relação ao cuidado dos



pés, para evitar complicações como o “pé diabético” e/ou a necessidade de amputações.

Durante o período que levamos desenvolvendo a Intervenção não temos que lamentar a perda de vida de nenhum paciente, além de ter melhorado a qualidade de vida e um melhor controle da doença temos conseguido uma maior parceria entre a unidade de saúde e a comunidade. É um orgulho para nós profissionais ter estas conquistas e receber os nossos usuários clínica, social e psicologicamente mais saudáveis.

As taxas de controle encontradas na unidade de saúde Dr. José Matheus Arnaldo dos Santos em relação à hipertensão e diabetes equiparam-se a taxas encontradas em serviços públicos de países como o Canadá, Itália e Cuba que lideram o ranking mundial no controle dessas duas doenças. Temos a experiência já de trabalho na Venezuela e Cuba conquistando resultados similares nestes grupos de usuários.

Consideramos de vital importância manter estes resultados com a continuidade das ações implementadas nesta população alvo, mas também generalizar estes trabalhos a outras unidades de saúde, e programar intervenções similares com outros grupos etários, como gestantes, mulheres em idade fértil, crianças e idosos.

Só resta agradecer à comunidade pela compressão, confiança e respeito por nosso trabalho, por ter nos permitido crescer nesta experiência profissional e contribuir todos juntos a uma melhora da qualidade da saúde em nossa comunidade.

## **7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Os médicos pela nossa profissão nunca deixamos de estudar e a aprendizagem faz parte de um processo contínuo e dinâmico. Depois de ter tido experiências de trabalho em vários países posso afirmar o Brasil é um dos lugares onde mais aprendi, seja pela sua diversidade cultural, seus costumes, sua língua, também tem aportado muito para meus saberes, este curso de especialização onde todos aprenderam de tudo, com humildade e respeito. Na unidade de saúde pude enriquecer os meus conhecimentos e contribuir com os da minha equipe de trabalho.

No começo do projeto de intervenção já tínhamos alcançado uma integração com o resto da equipe, o que nos permitiu esta nova conquista. Sempre acontecem alguns tropeços, mas ao final a equipe continuava em frente, aprendendo uns com os outros, sem importar o grau profissional e com o compromisso fiel de elevar a qualidade da saúde da nossa população.

Depois de ter concluído os seis anos de medicina tive a possibilidade de fazer uma maestria em Urgências Médicas e uma especialização de três anos em Medicina Geral Integral que tem muito a ver com este curso de especialização da saúde da família. Ao chegar ao Brasil nunca imaginei que teria esta oportunidade única de continuar neste caminho com um curso de especialização de saúde da família que trata de muitos temas já previamente abordados durante meus estudos. Foi gratificante mesmo e sem dúvida acrescentou muito ao meu desenvolvimento profissional.

Os questionários, questões reflexivas e materiais do Ministério da Saúde geraram ricas discussões entre a equipe, ajudaram a enxergar os problemas de maneira sistematizada, ampliaram o conhecimento e serviram de substrato para uma análise situacional mais fidedigna a qual nos remete a desafios vindouros. A equipe

também formou parte deste curso de especialização duma maneira indireta, já que sempre estiveram envolvidos nas diferentes tarefas e sem a ajuda deles o projeto não teria sido possível.

As riquezas das planilhas ofertadas pelo curso (Caderno de Ações Programáticas, OMIA, coleta de dados) foram fontes de estímulo para a atualização e desenvolvimento de habilidades na área de informática.

Achei muito interessante os casos clínicos e as provas oferecidas no curso, já que sempre me obrigaram a estudar e colocar em prática meus conhecimentos, além de servirem de muita ajuda com o trabalho do dia a dia com os diferentes usuários no posto de saúde.

Os fóruns com colegas e com os orientadores propiciaram troca de experiência com discussões de alta qualidade, difíceis de serem mensuradas, mas que contribuíram com o crescimento pessoal e profissional, além de servir de baliza situacional entre o contexto de saúde local e o de fora.

A intervenção foi a união da teoria à prática, uma síntese de todo o curso e um grande desafio em realizar um projeto, estabelecer objetivos e metas, pactuar, intervir, monitorar, organizar o serviço, capacitar, engajar a equipe, público e gestores. O curso já valeu a pena em termos de ganhos pessoais. Entretanto ao ver o resultado da intervenção percebo que todos nós ganhamos no processo. A equipe é mais unida e autoconfiante; a gestão nunca esteve tão próxima e a comunidade demonstra satisfação por reconhecer uma melhoria na qualidade de atenção.

Após ter “trilhado a jornada”, posso afirmar hoje com segurança que me sinto capacitado para intervir em outras áreas de atenção.

## Referências

1-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica Brasília: Ministério da Saúde, 2013- CAB 37.

2-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. CAB 36.

3-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014CAB 35

4-Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB. 2011. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acessado em 11.03.201

## **ANEXOS**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

### Anexo C-Ficha espelho

Data do Ingresso no programa	____/____/____	Número do
Prontuário	____	Cartão SUS
____	MA	____
Nome	____ completo:	
____		
____ Data de nascimento: ____/____/____		
Endereço: _____		
____		
____ Necessita de cuidador ?(    ) Sim    (    ) Não		
Nome do cuidador	____	Telefone de
contato	____ /	GRUPO
SOCIAL: _____		
Tem HAS ?(    ) Sim    (    ) Não	Tem DM? (    ) Sim    (    ) Não	
Tem HAS e DM ? (    ) Sim    (    ) Não (    )	Está cadastrado no HIPERDIA?	

## ANEXO D Ficha de acompanhamento doHIPERDIA – MS

MS – HIPERDIA ATENÇÃO A HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELITUS		FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO																							
(I*) Nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde														Código SIA/SUS ou CNES (EAS)											
Nº	Identificação do Paciente (*)  (Preencher com Nº do Cartão SUS ou Cartão Provisório SUS. Não possuindo CNS ou Nº Cartão Provisório SUS, preencher com Nome Completo do Usuário)	Data Nascimento  DD/MM/AAAA	Hipertensão (Preencher com X) Diabetes (Preencher com X)	Verificar a cada consulta (Preencher com valor) (*)										Interocorrências desde da última consulta referidas pelo paciente (Preencher com X, para existência de complicações) (**)				Tratamento para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (†)		Exames (**)					
				Peso (kg)	Altura (cm)	Circunf. (cm)	Batida	Frequência	Glicemia capilar	Hemoglobina glicosilada (%)	Níveis de colesterol total, LDL e HDL	Angina	IAM	AVC	PA Diabético	Ampelção	Dor no peito	Ritmo cardíaco	Número de comprimidos/dia (% 1, 2, 3, 4, 5 ou 6)	Insulina NPH	Quanto Medicação	Hb Glicosilada	Coeficiente de correlação	Colesterol total	ECG
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

(†) Responsável pelo atendimento
(\*\*) Assinatura
(†) Data de Consulta

Legenda: (\*) Campos de preenchimento obrigatório      (\*\*) Marcar com X quando reoer o resultado      (\*\*\*) Marcar P para pós prandial e J para em jejum


Ficha de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos\_v1.3

Versão 1.3

Data Emissão: 17/07/2002



## Anexo C-Ficha de Cadastro do HIPERDIA- MS

 <b>MS – HIPERDIA</b> <b>PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO</b> <b>A HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS</b>		<b>1.ª Via: Enviar para digitação</b> <b>CADASTRO DO HIPERTENSO</b> <b>E/OU DIABÉTICO</b>	
Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SIA/SUS (*)	Número do Prontuário
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)</b>			
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)		Data Nascimento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)		Nome do Pai	
Região (TV)	Educidade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	País de Origem
Nº Porteira	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	St. familiar/Conjugal (TV) Nº Cartão SUS
<b>DOCUMENTOS GERAIS</b>			
Título de Eleitor	Número	Zona	Série
CTPS	Número	Série	UF Data de Emissão / /
CPF	Número	PIS/PASEP	Número
<b>DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)</b>			
Identidade	Número	Complemento	Orgão (TV) UF Data de Emissão / /
Cartão (TV)	Tipo	Nome do Cartão Livro	
	Folha	Termo Data de Emissão / /	
<b>ENDEREÇO (*)</b>			
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro		Número Complemento
Bairro	CEP	DDD	Telefone
<b>DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE</b>			
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)	Peso (kg) (*)
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/dl)	<input type="checkbox"/> Em jejum <input type="checkbox"/> Pós prandial	
Fatores de risco e Doenças concomitantes		Não	Sim
Antecedentes Familiares - cardiovasculares			
Diabetes Tipo 1			Infarto Agudo Miocárdio
Diabetes Tipo 2			Outras comorbidades
Tabagismo			AVC
Sedentarismo			Pé diabético
Sobrepeso/Obesidade			Amputação por diabetes
Hipertensão Arterial			Doença Renal
<b>TRATAMENTO</b>			
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>			
Medicamentoso			
Tipo		Comprimido/dia	Unidades/dia
1/2 1 2 3 4 5 6			
Hidroclorotiazida 25mg			
Propranolol 40mg			
Captopril 25mg			
Glibenclâmida 5mg			
Metformina 850 mg			
Insulina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Data da Consulta (*) / /		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)	

Legenda: (\*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº porteira, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone. (\*\*) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.

### APÊNDICE C – FICHA ESPELHO (FRENTE) – detalhes (PRESCRIÇÃO)

Medicações em uso		
Data		
	Apresentação	
Hidroclorotiazida 25mg		
Espironolactona 25mg		
Furosemida 40mg		
Captopril 25mg		
Enalapril 10mg		
Losartan 50mg		
Propranolol 40mg		
Atenolol 50mg		
Carvedilol 6,25mg		
Anlodipino 5mg		
Metildopa 250mg		
Outro antihipertensivo (rede)		
Outro antihipertensivo (fora da rede)		
Metformina 500mg		
Metformina 850m		
Glibenclamida 5mg		
Insulina NPH		
Insulina Regular		
Outro hipoglicemiante (rede)		
Outro hipoglicemiante (fora da rede)		

## APÊNDICE D FICHA ESPELHO (FRENTE) detalhes EXAMES COMPLEMENTARES

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS	
<b>Data</b>	
Glic de jejum	
HGT	
HbA1C	
Col total	
HDL	
LDL	
TRIG	
Creatinina	
Potássio	
EQU	
Leucocitúria	
Proteinúria	
Corpos cetônicos	
Sedimento	
Microalbuminúria de 24h	
Proteinúria de 24h	
Relaçãolb/creat	
TSH	
ECG	
HMG	
Hemoglobina	
Hematócrito	
Plaquetas	
VCM/HCM	

APÊNDICE E FICHA ESPELHO (VERSO 1 ) detalhes AVALIAÇÃO

CONSULTA CLÍNICA								ORIENTAÇÕES			STATUS		REGULARIDADE DE:		Última visita a OFTALMO	
Data	Profissional que atendeu	PA	Peso (Kg)	IMC (kg/m²)	Estratificação de risco		Ex.de pés (NI Ou Alt.)	Ex.fisi co. (NI ou Alt.)	NUTRIÇÃO	ATIV.FÍSICA	TABAGISMO	CONTROLADO SIM/NÃO		ACOMPANHAMENTO		TRATAMENTO
					FRAMINGHAM (baixo/mod/alt o.)	Lesões órgão alvo (descrever)						HAS	DM	SIM/NAO		

APÊNDICE F FICHA ESPELHO (VERSO 2 ) detalhes AVALIAÇÃO

Nome:

STATUS		REGULARIDAD						
LADO  CONTRO  SIM/NÃO		E DE:		Última	ÚI	FALTOSO	BUSCA  SIM/NÃO	da
		ACOMPANHAMENT	TRATAMENTO	visita	tima			
				a	Vi			
				OFTALMO	sita a		ATIVA	ima
AS	M	O			DONTO			ulta
		SIM/NÃO						

[illegible]

## APÊNDICE H – FICHA ESPELHO UFPEL

[illegible]





## APÊNDICE K – FICHA ESPELHO COMPLEMENTAR

[illegible]

## APÊNDICE L - Ficha de Busca aos Faltosos

[illegible]

# **APÊNDICE B – FICHA ESPELHO ( FRENTE ) – detalhes ( DADOS PESSOAIS )**

Data do Ingresso no programa	____/____/____	Número do
Prontuário	_____	Cartão SUS
_____ MA _____		
Nome	completo:	
_____		
Data de nascimento:	____/____/____	_____
Endereço:	_____	
_____		
_____ Necessita de cuidador ? (    ) Sim    (    ) Não		
Nome do cuidador	_____	Telefone de
contato	_____ / _____	GRUPO
SOCIAL: _____		
Tem HAS ? (    ) Sim    (    ) Não	Tem DM? (    ) Sim    (    ) Não	
Tem HAS e DM ? (    ) Sim    (    ) Não (    )	Está cadastrado no HIPERDIA? (    )	
(    ) Sim    (    ) Não		